

Activités thérapeutiques à médiation

Rôle infirmier en santé mentale

Chez le même éditeur

Psychologie, sociologie, anthropologie. Jacky Merklings, Solange Langenfeld, Coll. Les Essentiels en IFSI, 2010.

L'infirmier en psychiatrie. Laurent Morasz, Annick Perrin-Niquet, Jean-Pierre Verot, Catherine Barbot, Coll. Savoir et pratique infirmières, 2004.

Activités thérapeutiques à médiation

Rôle infirmier en santé mentale

Jacky Merklings



ELSEVIER
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2010, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
ISBN : 978-2-294-71295-1

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

REMERCIEMENTS

Merci à Corinne, mon épouse, pour l'expertise de ses avis, la pertinence de sa lecture et surtout pour sa présence.

PARTIE I

Propos introductifs

1

Rôle infirmier et soin en santé mentale

Cet ouvrage a pour ambition de poser un regard global sur un champ particulier du soin en santé mentale, les activités thérapeutiques à médiation. Évidemment ce regard global ne peut pas prétendre à l'exhaustivité car ces activités et les médiations qu'elles utilisent sont trop nombreuses et trop diverses pour pouvoir les circonscrire dans un seul ouvrage. En revanche, et c'est ce que propose le présent travail, il est possible d'y voir plus clair dans cette diversité qui, dans l'exercice quotidien, présente autant de richesses que d'approximations.

Il était important, dans un premier temps, de dessiner une catégorisation de ces activités à médiations. La catégorisation proposée ici passe par la ligne de partage des différentes fonctions du sujet humain dans son rapport avec lui-même et avec son environnement. Pour qu'un individu s'inscrive efficacement dans l'existence, il doit tout d'abord disposer de certaines capacités (fonctions) qui vont lui permettre de gérer les informations dont il est en permanence bombardé. Ces capacités sont les fonctions cognitives sans lesquelles le sujet serait dans l'incapacité d'ajuster ses réponses à ses besoins et aux sollicitations externes. Il doit ensuite être en capacité d'interagir avec son environnement et en particulier avec son environnement humain car l'homme est un être social qui ne peut se passer de l'autre pour se développer et exister. La réussite de ces interactions nécessite la maîtrise de compétences relationnelles. Il doit aussi disposer d'un outil lui permettant de rendre effective sa participation au monde car celle-ci nécessite en permanence mouvements, déplacements, manipulations. C'est le corps qui est cet outil fondamental. Enfin il doit disposer d'une capacité à maîtriser ce qui fonde son caractère humain et ce qui en même temps lui permet de sentir le goût de l'existence et de soutenir son envie de vivre : sa vie affective. Quatre grandes fonctions, compétences, capacités, peu importe le terme, qui correspondent à quatre champs différents mais complémentaires d'inscription dans l'existence. À ces quatre champs correspondent quatre catégories d'activités thérapeutiques et quatre chapitres distincts :

- les activités centrées sur le maintien et le développement des capacités cognitives, dont la fonction est de traiter les informations du sujet sur le monde ;
- les activités centrées sur le maintien et la reconstruction des compétences relationnelles, qui permettent au sujet de s'inscrire dans son espace social ;
- les activités centrées sur le corps, outil indispensable sans lequel le psychisme ne peut s'exprimer ni même exister ;
- les activités centrées sur la gestion de la vie affective, équipement extrêmement sensible dont la fonction est pourtant fondamentale puisque c'est lui qui donne goût et couleur à l'existence du sujet humain.

Dans chaque chapitre, et donc pour chacune de ces grandes catégories d'activités thérapeutiques, sont déclinés des éléments théoriques permettant d'expliquer les différents mécanismes thérapeutiques à l'œuvre. Il est fondamental que le lecteur puisse connaître avec précision les raisons qui permettent d'affirmer qu'il est thérapeutique de faire jouer, dessiner, chanter, bouger, réfléchir des personnes souffrant de troubles psychiques. Il existe à chaque fois des mécanismes qui sont mis en jeu et qu'il est nécessaire de connaître avant de s'engager dans l'animation de ce type de travail. Chacun des chapitres comporte ensuite une partie centrée sur les méthodes spécifiques employées et, pour finir, des exemples sont proposés.

Mais avant ce travail de catégorisation et d'approfondissement, il est indispensable de situer ces activités à médiation dans le cadre global du soin en santé mentale. C'est dans cette optique qu'un premier chapitre est consacré à des généralités, dont l'appréhension est incontournable, à travers les notions de rôle infirmier et de soin en santé mentale, ainsi que de fonctionnement et maladie psychiques. Dans le même souci d'éclaircissement, un chapitre porte sur les aspects structurel et dynamique de ces actes de soins spécifiques que sont les activités à médiation. Sont ainsi définis des mécanismes transversaux, c'est-à-dire communs à tous les types d'activités thérapeutiques, qui viennent expliquer leurs effets et éclairer leur pratique : groupe, jeu, espace transitionnel, transfert, médiations, cadre et contrat de soin. Enfin, toujours dans un cadre général de compréhension, un chapitre est centré sur la notion d'animation qui reste bien entendu centrale dans le travail de groupe puisque la mobilisation de ce dernier implique la mise en œuvre de processus interactionnels qu'il s'agit de maîtriser sans pour autant les étouffer.

Spécificités de la maladie psychiatrique et du métier d'infirmier en psychiatrie

Les savoirs clinique, psychopathologique et étiologique

Le métier d'infirmier en psychiatrie est un métier exigeant qui nécessite des connaissances nombreuses et des compétences variées. Les connaissances sont tout d'abord organisées autour de la clinique psychiatrique. Il s'agit, dans ce

cadre, de connaître les maladies et leurs symptômes, mais aussi, à partir des attitudes, comportements et traits de caractère de la personne malade, de discerner un ensemble de signes pour former un tableau qui permettra de différencier le névrosé du psychotique ou de l'état limite.

Mais l'aspect clinique n'est pas celui qui éclaire le plus la pratique en santé mentale de l'infirmier. L'aspect psychopathologique est bien plus éclairant puisqu'il décrit comment fonctionne le psychisme du malade, ce qui permet d'orienter le soin et en particulier le positionnement relationnel requis par les actes de soins.

Dans le même ordre d'idées, la genèse des dysfonctionnements psychiques (l'étiologie) est une autre approche incontournable qui vient, elle aussi, jeter une lumière non négligeable sur la manière d'agir vis-à-vis de la personne malade. Connaître les vicissitudes qui ont imposé hier sa fragilité au psychisme permet d'imaginer ce qu'il faudrait tenter de rejouer pour le consolider aujourd'hui.

Dans cet ouvrage nous ne parlerons pas de clinique car nous considérons que celle-ci est bien enseignée dans les instituts de formation et qu'elle est facilement disponible dans de nombreux ouvrages synthétiques ou sur des sites Internet. En revanche nous insisterons sur les aspects psychopathologiques et étiologiques parce que ceux-ci sont moins bien enseignés et moins facilement disponibles.

Les pratiques

Les connaissances ne font pas tout, elles sont même bien insuffisantes si elles ne viennent pas sous-tendre des manières de faire spécifiques. Le savoir théorique n'a qu'un but, éclairer les pratiques. Mais pour qu'il puisse atteindre ce but efficacement encore faut-il qu'il existe des pratiques à éclairer. C'est bien aujourd'hui ce qui manque le plus à l'infirmier nouvellement diplômé : le savoir-faire spécifique au soin en santé mentale. Bien sûr dans le contexte spécifique de la santé mentale il est évident que l'outil de soin qu'est la relation impose bien plus de s'interroger sur l'être que sur le faire. Il est évident que c'est cet être qui va fonder le soin puisqu'il va permettre à l'autre, le malade, de trouver un support sur lequel il pourra s'appuyer ou se reconstruire. Mais cet être ne peut pas être juste posé là à attendre le malade. Le soignant n'est pas un être auprès duquel le patient vient chercher de la chaleur ni une fontaine qui attend d'être bue. L'être du soignant doit s'incarner dans un faire, c'est-à-dire dans une manière de vivre le moment thérapeutique qui n'est pas innée et qui passe donc par un enseignement.

Les compétences

On retrouve là les trois paramètres incontournables de la compétence : connaissances déclaratives (savoir), connaissances procédurales (savoir-faire) et connaissance de soi (savoir être). Seul ce triptyque peut prétendre

fonder la compétence. Hélas, pour ce qui est des soins en santé mentale, ce postulat nous oblige à faire un constat bien terne de la réalité puisque les instituts de formation en soins infirmiers, s'ils dispensent en général un enseignement de qualité concernant les connaissances déclaratives (cliniques, psychopathologiques, développement de l'enfant, etc.), sont très légers en ce qui concerne les deux autres piliers du socle des compétences : les savoir-faire et la connaissance de soi. Concernant cette dernière, il est difficile de reprocher aux instituts de ne pas l'enseigner puisque ce n'est pas leur mission. Cette connaissance de soi passe par l'intégration d'expériences humaines qui auront été vécues, analysées et métabolisées. Cette connaissance passe aussi par la volonté du professionnel d'améliorer sa capacité soignante, volonté qui doit impérativement être soutenue, encadrée, enrichie par l'intelligence collective d'une équipe, d'un service ou d'une institution. Elle relève donc de la responsabilité des individus et des institutions. En revanche l'enseignement des savoirs procéduraux (savoir-faire) relève, lui, totalement de la responsabilité des instituts de formation, ou, plus exactement, des services du ministère qui définissent les programmes de formation. Ce qui est sûr c'est qu'aujourd'hui ces savoir-faire relatifs à la santé mentale ne sont pas suffisamment enseignés. L'infirmier nouvellement diplômé devrait être en capacité de s'engager dans une relation soignante dans le cadre d'entretiens structurés sur une base rogérianne, mais aussi systémique, cognitivo-comportementale, voire, un peu plus tard, psychodynamique. Il devrait tout autant être en capacité d'animer des activités thérapeutiques de groupe, qu'elles s'intègrent dans le cadre de son rôle propre (visée sociothérapeutique), ou de son rôle sur prescription (visée psychothérapeutique).

Ce n'est pourtant que très rarement le cas. Le temps de la formation de base devrait être mis à profit pour enseigner ces pratiques soignantes et pour les expérimenter en situation lors de stages, encadrés par des professionnels expérimentés. Ces allers et retours précoces entre théorie et pratique permettraient la construction de compétences solides qui ne demanderaient plus qu'à s'étayer sur une mise en pratique régulière. Mais surtout, la mise à disposition de ces savoirs permettrait aux nouveaux professionnels de s'engager de manière assurée dans la relation à la personne malade et de commencer rapidement, grâce à cette confiance en soi, à s'engager dans un processus de construction d'un savoir sur soi. Quand, comme c'est le cas aujourd'hui, il s'agit de découvrir et d'expérimenter à la fois la position de soignant responsable (diplômé), les techniques de soins relationnelles et l'impact de la relation au patient sur sa propre personne, le challenge est difficile, voire impossible. La découverte et la construction de soi, si elles ne sont pas soutenues par des connaissances solides et rassurantes, sont reléguées derrière la protection de soi ou l'évitement quand le groupe soignant n'est pas suffisamment soutenant ou lorsqu'il est lui-même dans la protection de soi et l'évitement. Heureusement, dans de nombreux cas, la volonté de soigner quand même existe, mais elle doit alors s'appuyer sur la créativité qui devient un substitut de la compétence.

La créativité

La carence de la formation initiale de l'infirmier dans le domaine du soin en santé mentale doit être compensée par un investissement important reposant sur sa créativité personnelle. C'est cette créativité qui va lui permettre de construire le soin à travers des solutions singulières parfois inédites. C'est comme cela qu'apparaissent dans les services des projets de groupes de paroles, d'accompagnement de patient, d'expression corporelle, d'ateliers jeux, sports, cueillette, etc. Ces initiatives reposent très souvent sur des centres d'intérêt ou des dispositions personnelles. Cette mise en avant de la créativité perpétue un sentiment de première fois qui donne aux actes infirmiers (et en particulier aux activités à médiation) une allure d'expérimentation et de découverte perpétuelle. Elle offre au professionnel l'impression de se construire en même temps qu'il construit le soin et elle colore ses actes d'un sentiment d'innovation. Mais, à l'opposé de ces aspects positifs, le recours massif à la créativité impose au professionnel le passage par un éternel recommencement qu'un enseignement adapté lui aurait évité. Elle laisse, de plus, dépendre la qualité des soins de ses aptitudes personnelles et non de ses compétences professionnelles. Cette situation pose donc problème car si la créativité vient s'appuyer, dans le meilleur des cas, sur des concepts théoriques plus ou moins bien intégrés, elle est le plus souvent déployée dans l'empirisme, dans des allers et retours incessants entre essais et erreurs dans lesquels l'expérience est tentée avant d'être pensée. Elle perd ainsi beaucoup de son efficacité car l'orientation des actes de soins reste souvent floue et le sens de ces actes échappe trop souvent à ceux-là même qui les mettent en œuvre.

Ce recours à la créativité de manière trop exclusive génère trois difficultés majeures. Tout d'abord, elle ne permet pas suffisamment de proposer de sens aux pratiques. Ensuite elle génère que trop peu de reconnaissance car les actes posés, si riches soient-ils, souffrent d'un manque d'étayage théorique et pratique. Enfin, elle amène progressivement un vécu de découragement car l'impact thérapeutique des actes de soin est mal identifiable.

Cet ouvrage propose d'apporter des éléments objectifs permettant de mettre de l'ordre et du sens à cette créativité, et plus particulièrement à une catégorie d'actes de soin spécifique : les activités thérapeutiques de groupe. Il décline une catégorisation de ces activités à partir des quatre niveaux de fonctionnement du sujet humain : cognitif, relationnel, corporel et affectif. Ces quatre niveaux sont eux-mêmes articulés à partir de deux niveaux d'objectifs issus de la pratique et en lien avec le décret de compétence du 29 juillet 2004, à savoir une visée sociothérapeutique et une visée psychothérapeutique. Sur la base de cette catégorisation il expose au lecteur des éléments théoriques et pratiques. Les éléments théoriques permettent de situer, pour chacun des groupes d'activités proposés, les objectifs visés et surtout les mécanismes thérapeutiques à l'œuvre, ce qui permet de répondre aux questions : qu'est-ce que l'on soigne et qu'est-ce qui soigne ? Les éléments pratiques reprennent, cette fois-ci activité par activité, des

descriptions plus ou moins précises des différents ateliers proposés. Le niveau de description dépend de la complexité technique des médiations utilisées.

Avant d'aborder ces activités, un travail de définition plus généraliste s'impose autour de différentes notions : santé et maladie mentale, spécificité de la maladie et du soin psychiatrique, fonctionnement psychique.

Santé mentale et maladie psychiatrique

La santé mentale

La santé mentale est une notion qui pourra supporter différentes définitions en fonction du point de vue à travers laquelle on la questionne.

D'un point de vue anthropologique, la santé mentale d'un individu sera en lien avec sa capacité à s'adapter à la culture de la société dans laquelle il vit, c'est-à-dire à ses rites, ses valeurs, ses interdits, ses obligations. Il importe peu que cette adaptation soit liée à une incorporation précoce des rites et valeurs de la société en question ou à une plasticité individuelle suffisante. Ce qui importe, en cas de changement de culture, c'est que les nouveaux éléments culturels deviennent ceux de l'individu, qu'ils colorent sa manière d'être au monde. Si cette incorporation culturelle n'a pas lieu, le sujet va vivre en permanence en décalage avec le monde dans lequel il baigne, sa communication avec ce monde ne se fera pas ou se fera sur un mode improductif, voire conflictuel.

Dans le même ordre d'idées, la sociologie propose de comprendre la santé mentale là encore comme une capacité d'adaptation, mais cette fois non pas à une culture mais à des normes collectives. Ces normes imposent une manière d'agir que l'individu doit respecter pour se sentir bien et donner une image normale de lui permettant son intégration. Il s'agit alors pour le sujet de trouver une place dans la société, que cette dernière soit entendue comme un grand tout, comme un agrégat d'entités individuelles ou comme un faisceau d'interactions. Cette place ne doit pas nécessairement satisfaire pleinement l'individu, il peut donc en espérer une autre ; ce qui importe, c'est qu'elle lui permette de participer aux échanges sociaux, qu'ils soient économiques, affectifs ou intellectuels, et cela, même *a minima*.

Pour la psychologie, enfin, la santé mentale peut se définir comme un état d'équilibre qui est à considérer du point de vue de l'individu lui-même. Il s'agit, pour le point de vue psychanalytique, d'un équilibre entre différentes nécessités d'ordre individuel, tout d'abord entre elles – désirs, besoins, instincts, pulsions, motivations –, ensuite avec les contraintes de la réalité extérieure. Pour le modèle cognitivo-comportemental, la santé mentale est plutôt en lien avec la qualité de l'appréhension que le sujet a de lui-même et de son rapport au monde. Le sujet en bonne santé mentale s'accorde valeur et assurance et il considère le monde comme un espace d'expériences. Pour le modèle rogéien, la santé psychique requiert connaissance et acceptation de soi et de l'autre, permettant de construire une relation au monde positive.

Enfin le modèle systémique lie la santé psychique aux systèmes relationnels dans lequel le sujet évolue, et principalement à la place qu'il occupe dans ces systèmes.

Il est bien évident qu'il n'est aucunement question de valoriser une option au détriment d'une autre, car ces différentes acceptions de la santé mentale sont en fait complémentaires. En effet, les difficultés psychologiques peuvent expliquer les difficultés d'inscription sociale et inversement ; un écart culturel implique nécessairement des dissonances cognitives et une souffrance ou un réaménagement cognitif ; un comportement inadapté peut devenir contre culturel, etc. Par ailleurs, la pratique prouve en permanence que la distinction entre individu et environnement est artificielle, tant le second est fondamental dans la construction du premier. Quelle que soit la théorie convoquée, il ne peut donc y avoir de développement individuel sans interactions, sans contacts avec l'autre ; c'est même très largement la qualité de ces contacts, aux différentes époques de la vie, qui détermine la qualité de l'existence du sujet. Ce lien consubstantiel entre individu et milieu se retrouve au niveau des différentes modalités de fonctionnement du sujet : affects, cognitions, relations et comportements. Modifier l'une de ces instances aura inévitablement un effet sur les autres et entraînera des aménagements en chaîne.

Pour être plus précis nous dirons que la santé mentale est un état dynamique qui peut se définir comme la recherche d'un équilibre psychologique et la capacité d'établir des relations harmonieuses avec le groupe familial, social et l'environnement. Dans ce cadre la souffrance n'est prise en compte que si elle vient faire rupture dans l'équilibre interne du sujet ou si elle péjore ses relations à son environnement. Cela signifie qu'une certaine dose de souffrance (morale ou psychique) peut être acceptée sans pour autant que l'individu se déclare malade. *A contrario*, l'absence de pathologie strictement nosographiée ne peut donc être le seul paramètre à prendre en compte, car même sans pathologie diagnostiquée, une souffrance psychique, qu'elle soit minime ou insupportable, peut bouleverser la vie d'un individu et rompre un équilibre préalablement constitué.

Nous arrivons alors au postulat suivant : *la santé mentale, qui lie non seulement l'individu à son environnement mais aussi, au sein même du sujet, affects, cognitions et comportements, est un état qui lui permet de mener à bien son existence sans déploiement d'énergie ni de souffrance excessive. Elle lui permet, de plus, de faire des choix en fonction de ses possibilités matérielles et personnelles, et de les infléchir dans la limite de ces mêmes possibilités, en fonction des événements.*

La santé mentale va donc se traduire par un ensemble d'aptitudes que possède ou acquiert l'homme avec des particularités aux différents stades de la vie. Nous citerons quelques-unes de ces aptitudes telles que la conscience de soi et de ses limites, la motivation à évoluer, la résistance au stress, la satisfaction autonome de ses besoins, l'établissement de relations sociales productives, la capacité à considérer l'autre, ou encore la recherche de sens de son existence...

Bien sûr la santé mentale est un équilibre dont l'état est très subjectif et qui se caractérise par des limites floues à l'intérieur desquelles ne se différencient pas distinctement maladie et santé. Les deux états s'inscrivent en fait dans différents continuums allant :

- du bien-être à la souffrance intolérable ;
- d'une perception relativement objective et partagée de la réalité à une perception totalement déformée et subjective ;
- d'une appréhension de soi unifiée à une appréhension morcelée ;
- d'une capacité à agir efficace à l'incapacité de poser un acte efficace ;
- etc.

Ils peuvent se chevaucher à certains moments de l'existence ; des périodes de fragilité pouvant apparaître et faire basculer l'individu de la santé vers la maladie.

La maladie psychiatrique

Si la santé psychique est un équilibre, la maladie peut être lue comme une souffrance excessive entraînant soit une rupture de l'équilibre individuel ou social (crise), soit la construction d'un équilibre trop rigide et trop « coûteux ». Dans ce dernier cas, l'équilibre en question nécessite, pour se maintenir, une énergie disproportionnée et provoque, à son tour, un surcroît de souffrance. Le symptôme, élément visible et repérable de la maladie, est alors à comprendre comme un moyen qui s'impose à l'individu pour réguler son rapport à lui-même et au monde. Il lui permet de sortir de l'état de crise (rupture d'équilibre), de tempérer l'angoisse, la culpabilité, la violence, le morcellement qui, sinon, l'empêcheraient de s'inscrire dans l'existence. Cependant, ce moyen, s'il permet de retrouver un équilibre individuel et social, n'est ni le plus efficace ni le plus économique, bien au contraire. Certes, il permet à l'individu de continuer à exister, mais il nécessite pour cela des efforts et des souffrances considérables, parfois plus importantes encore que la souffrance qu'il permet de soulager. Cette fonction « adaptative » du symptôme et donc de la maladie mentale est repérable non seulement dans les cinq modèles psychologiques exposés – psychanalytique, systémique, cognitif, comportemental et rogérien –, mais tout autant dans les modèles sociologique et culturel, qui ont prévu une place pour la folie. Cette fonction représente, en tout cas, une différence fondamentale avec la maladie somatique. Mais la maladie psychiatrique présente d'autres caractéristiques, tout d'abord en ce qui concerne sa relation intime à l'individu. La maladie mentale se construit, dans le modèle psychologique, en même temps que l'individu, et constitue donc un élément fondamental de la structure de sa personnalité. À ce titre, elle ne peut être tout simplement supprimée. La maladie ne peut être considérée comme un objet extérieur au sujet, comme une entité qu'il faudrait éradiquer, mais comme une force qui contraint le malade de l'intérieur totalement intriquée à son histoire et à sa personnalité. Cette maladie s'est inscrite précocement dans l'histoire du sujet, elle est constitutive de sa

personnalité, on parle d'ailleurs de personnalité psychotique ou névrotique, elle restera constitutive du sujet tout au long de son existence. Elle impose au sujet un mode de relation à l'autre souvent inadapté ou défaillant, voire aberrant. Elle induit une perte d'autonomie importante, l'adoption de comportements socialement inadaptés ou même dangereux, elle peut parfois être totalement étrangère au sujet qui la nie.

Ces spécificités de la maladie psychiatrique imposent des caractères tout aussi spécifiques au soin.

Le soin psychiatrique

Une définition du soin psychiatrique simple en apparence

Le soin psychiatrique est l'ensemble des mesures destinées à soutenir ou à modifier le fonctionnement psychique du patient. Ces mesures l'aident à découvrir et à comprendre ses difficultés et à lui donner le moyen de les résoudre. Elles s'accompagnent d'un indispensable travail d'élaboration et d'articulation avec un appareillage conceptuel.

Cette spécificité du soin en psychiatrie apparaît plus particulièrement à travers différents éléments : son caractère formel ou informel, sa collégialité et surtout son aspect essentiellement relationnel.

Le caractère formel et informel du soin

Souvent considéré dans ses aspects formels : entretien en face à face, activité thérapeutique de groupe, ou encore rôle du cadre institutionnel, le soin en psychiatrie se décline aussi dans une dimension informelle. Ce sont les multiples contacts impromptus dans une unité de soins ou une salle d'attente, tous ces moments d'échanges imprévus dans lesquels le soignant reste professionnel. Ces instants, non prémédités, sont à considérer comme des soins à part entière, car le professionnel qui y souscrit devra convoquer des connaissances, des valeurs, des compétences spécifiques, et en aucun cas se comporter comme un individu quelconque.

La nécessaire collégialité du soin

Le soin, un acte individuel

L'acte soignant est toujours un acte individuel. Même dans les activités de groupe, ce sont chacun des participants qui sont visés individuellement. Le groupe ne représente qu'un contexte spécifique permettant à chaque sujet singulier de bénéficier du soin. Le projet de soin se réfère toujours à un sujet spécifique.

Un acte qui nécessite cependant une pluralité d'acteurs

L'individualisation n'exclut pas que plusieurs soignants soient concernés par le projet de soin d'un patient. Cette pluralité s'inscrit alors à la fois dans le temps

et la durée, c'est la *continuité des soins*, elle s'inscrit aussi dans les compétences, c'est la *complémentarité des soins*.

La nécessité d'articuler les dimensions individuelle et collective du soin

Les deux niveaux de rapport au patient ont leur importance car si le lien personnalisé, qu'il soit formel ou informel, est constitutif du soin, l'attitude cohérente du collectif est elle aussi indispensable. Les qualités individuelles d'un soignant ne le dispensent pas d'intégrer sa prestation dans un ensemble cohérent. À l'inverse, la cohérence d'un groupe, d'une équipe ne dispense aucun des acteurs qui les composent d'être attentifs aux actes qu'ils posent individuellement.

L'aspect relationnel du soin psychiatrique

Un débat récurrent oppose les tenants d'un soin relationnel spécifique à la psychiatrie et ceux qui récusent cette spécificité, affirmant que par définition tout soin est relationnel. L'expression « soin relationnel » serait donc un pléonasme.

Il est évident qu'un soin ne peut pas ne pas être relationnel. Même animé de mauvaises intentions ou guidé par l'indifférence, un soin nécessite toujours un moment relationnel puisqu'il s'agit d'une intervention sur une personne. Il n'est pas possible de ne pas entrer en relation lors d'un soin tout comme, selon les théories de la communication, il n'est pas possible de ne pas communiquer lors d'un contact humain. La relation est constitutive de l'acte de soin.

La relation dans le soin somatique

Pour M.F. Collière¹ le soin s'inscrit, au-delà de ses aspects techniques, dans un prendre soin qui s'exprime dans des intentions : écoute, proximité, partage de confiance voire complicité, disponibilité. Mais prendre soin c'est aussi, nous dit-elle, recevoir l'expression de certains sentiments, agressivité, agitation, tristesse, colère, angoisse qu'il convient de considérer. Plus difficile encore, le prendre soin passerait par la reconnaissance de ses propres limites, par l'effacement de soi, par l'acceptation de l'opposition ou du refus de la part du patient ou bien encore par la capacité de ne rien attendre, de recommencer à chaque instant, de chercher sans cesse le possible, de ne pas s'arrêter au déficit qui s'accroît, à la perte...

Il s'agit donc d'une disponibilité, d'une sincérité, d'une ouverture à l'autre et d'une mise à l'écart de soi, qui doit venir colorer toute rencontre avec le patient. Difficile de s'opposer à une telle conception du soin qui, de toute évidence, place la relation au cœur du processus. Pourtant, il paraît opportun de se demander si cette conception de la relation dans le soin est pertinente en psychiatrie et si la relation à l'autre, dont le psychisme est malade, peut se contenter de ces qualités de disponibilité, de présence, d'ouverture.

1 M. F. Collière, *Soigner, le premier art de la vie*, Masson, Paris, 1996.

La relation dans le soin psychiatrique

Le soignant peut-il réellement s'engager dans la relation à un patient psychotique, dont la pathologie est pour partie une pathologie de la relation, avec les mêmes intentions et les mêmes attitudes que s'il s'engageait dans une relation à un patient malade de son corps ?

Ce qui différencie maladie somatique et psychiatrique c'est le fait que les pathologies psychiatriques sont constitutives de la personnalité du sujet. La maladie mentale se construit en même temps que l'individu, elle constitue donc un élément fondamental de la structure de sa personnalité. Elle impose au sujet un mode de relation à l'autre inadapté, défaillant, souvent même aberrant. Un patient dépressif, limite ou psychotique fonctionne de manière dépressive, limite ou psychotique. Cela signifie que sa manière de se considérer, de se comprendre mais aussi de considérer et de comprendre l'autre répond aux caractéristiques de sa pathologie. Certes, dans le cadre des maladies somatiques, la souffrance physique, la peur de la dépendance ou de la mort ont évidemment des retentissements psychologiques sur celui qui souffre, pouvant entraîner agressivité, dépression, angoisse. Mais la maladie psychiatrique, et plus particulièrement psychotique (mais aussi limite), parce qu'elle altère les fonctions psychiques et dénature le rapport à la réalité, parce qu'elle rend l'autre indiscernable et qu'elle autorise l'effraction du monde extérieur dans le psychisme ou l'épanchement du psychisme dans le monde extérieur, entraîne le soignant dans une relation très spécifique. Ces particularités nécessitent autre chose qu'une disponibilité bienveillante, même si celle-ci est indispensable.

La relation soignante en santé mentale requiert impérativement des connaissances et des techniques spécifiques qui vont permettre au soignant d'adapter son positionnement relationnel aux particularités du sujet malade mais aussi rendre possible de se protéger d'un envahissement psychique ou de la répercussion de troubles du comportement induits par le fonctionnement pathologique du patient.

Pour généraliser nous dirons que la relation soignante dans le domaine de la santé mentale présente une double différence avec la relation soignante dans le domaine somatique : une différence de degré et une différence de nature.

Une différence de degré

La relation dans le soin psychiatrique est le principal moyen thérapeutique ; c'est le principe actif du soin. Elle n'est donc pas, comme en milieu somatique, une simple composante du soin, mais elle est, au contraire, constitutive du soin. Le soin se réalise dans et par la relation. Cette différence est fondamentale car, à travers cette relation à l'autre souffrant psychiquement, le soignant s'engage personnellement puisque tout compte fait il est l'outil par lequel cette relation est possible. Il est en effet l'outil du soin, outil qui permet la relation qui va soigner. Il n'y a alors rien (hormis la parole) entre lui et le patient, c'est uniquement avec sa qualité d'être qu'il va tenter de modifier quelque chose de la qualité d'être du malade. L'implication est tout autre que lorsqu'il s'agit de

soigner grâce à un geste technique qui sera baigné dans une relation aidante, soutenante. Dans ce cadre, c'est le geste technique qui reste le principe actif du soin, la relation venant pallier les effets de la maladie, peur, angoisse, isolement, et renforcer l'impact du soin.

Il ne s'agit pas de hiérarchiser les valeurs relationnelles de ces deux dimensions du soin, les deux sont d'égale valeur ; il s'agit de les différencier car elles n'impliquent pas le même degré d'engagement de la personne du soignant.

Une différence de nature

Outre cette différence de degré, la relation dans le soin psychiatrique se caractérise par une différence de nature avec la relation dans le soin somatique. La lecture du décret de compétences infirmier permet de distinguer, dans le cadre des soins relationnels, deux catégories d'actes principales qui correspondent à la pratique soignante en psychiatrie : les actes à *visée sociothérapeutique*, dont l'objectif est l'autonomisation du patient, et les actes à *visée psychothérapeutique*, dont l'objectif est de modifier son fonctionnement.

Les premiers sont centrés sur la partie saine du moi, c'est-à-dire sur la partie qui permet au patient un contact relationnel productif avec son environnement et donc de s'inscrire socialement. Les seconds ciblent la partie perturbée du moi, c'est-à-dire la partie par laquelle s'exprime la pathologie.

La sociothérapie a pour objet la socialisation, c'est-à-dire l'appropriation des comportements nécessaires à une bonne adaptation sociale. La sociothérapie travaille à améliorer le pronostic social du sujet. Elle se caractérise par un travail visant les capacités du sujet à résoudre des problèmes concrets (capacités opératoires) à travers la stimulation de ses fonctions cognitives, mémoire, perception, concentration, motivation, organisation des activités, etc. Elle vise ensuite le rétablissement de relations interpersonnelles productives à travers le renforcement de l'estime de soi et de la confiance en soi, ainsi qu'un apprentissage comportemental et une habitude aux situations stressantes. Elle vise enfin la mobilisation du corps afin de modifier le vécu corporel du patient et de restaurer chez ce dernier des possibilités expressives, opératoires et communicatives dont le corps est le vecteur.

Ce qui est globalement recherché, dans ce cadre sociothérapeutique, c'est un soulagement des tensions intérieures, la diminution, même provisoire, de la souffrance psychique, de l'anxiété, des inhibitions ; c'est aussi la stimulation de la capacité de poser des actes. Il s'agit donc de renforcer les capacités du sujet et d'atténuer l'impact des manifestations de sa pathologie, c'est-à-dire de l'aider à vivre dans l'espace social malgré sa maladie.

L'objectif est de permettre au patient, quelles que soient sa personnalité et sa pathologie, de mener une existence autonome. Il n'y a pas de recherche de transformation de sa personnalité mais plutôt assouplissement de ses défenses et amélioration de son adaptation au milieu. Cette recherche du développement de l'autonomie nécessite évidemment l'établissement d'une relation positive entre soignant et patient, relation qui servira de support à ce dernier. Cette

relation positive se manifeste par des actes concrets : écoute, (intérêt), présence, (disponibilité), empathie, encouragement, réassurance, apaisement, conseils, interventions dans la réalité du sujet, contact avec son environnement familial ou social. Nous sommes dans une dimension relationnelle qui pourrait tout autant s'appliquer aux soins somatiques. Mais il existe déjà, tout de même, une dimension supplémentaire, puisque dans ce type de soins, outre la réassurance et les apprentissages proprement dits, que nécessitent parfois les capacités défaillantes de certains patients, l'essentiel des acquisitions du patient s'inscrit dans des phénomènes d'identification au soignant. Le savoir-faire, l'aisance, l'assurance, le plaisir de réussir des gestes simples, démontrés par le soignant dans une intention aidante, vont être progressivement intériorisés par le patient qui va incorporer quelque chose des qualités personnelles du soignant. C'est la répétition des moments relationnels, le faire ensemble, l'adaptation aux possibilités du patient entre stimulation et suppléance, l'alternance des moments de présence et d'effacement du soignant qui vont permettre au patient d'intérioriser ces qualités. Ce positionnement nécessite d'aller au-delà de l'apprentissage opératoire, au-delà du soutien et de la présence, il s'agit de soutenir pour permettre l'autonomisation progressive. Le but étant de faire passer le patient d'objet de soin à sujet de soin puis à sujet de lui-même. Ces mécanismes d'identification sont les mêmes que ceux par lesquels se construit la personnalité de l'enfant qui incorpore littéralement les qualités des sujets qui prennent soin de lui. Cette adaptation progressive de la relation à l'autre nécessite nécessairement une compétence spécifique. Cela ne peut pas être simplement une disponibilité et une ouverture chaleureuse à l'autre.

Mais le soin relationnel au patient psychotique ou état limite ne s'arrête pas là. Si, dans le cadre sociothérapeutique, l'objectif visé est le fonctionnement opératoire du sujet, il n'est pas exclu de travailler avec lui sur des événements internes dont il serait sujet. Lorsque le patient évoque une préoccupation ou une difficulté d'ordre psychique, il n'est pas possible, pour le soignant, de ne pas en tenir compte. Cette disponibilité et cette proximité, à la fois sur le plan pratique et sur le plan psychique, impliquent des effets liés à la dynamique transférentielle (*cf.* Transfert). Le soignant doit alors veiller à identifier les différentes manifestations de ces éléments de transfert et les prendre en compte, mais sans les analyser. Il est simplement attentif à ces éléments afin de trouver la distance relationnelle adaptée à son attitude de soutien. Cette notion de distance est fondamentale dans ce travail d'aide pour le patient comme pour le soignant. Le patient doit pouvoir faire une expérience relationnelle constructive, c'est-à-dire dans laquelle il se sent digne d'intérêt, aidé, accompagné, mais sans que cela ne provoque de dépendance, ce qu'un soutien trop compatissant risquerait de produire. Le soignant doit résister aux mouvements affectifs liés au fonctionnement du patient : séduction, attitudes agressives ou fusionnelles, désespoir, etc. Il doit résister à ces mouvements et les contenir en trouvant les ressources nécessaires lui permettant de rester dans un processus thérapeutique.

Le soin relationnel n'est pas exclusivement caractérisé par cette dimension sociothérapeutique puisque le décret de compétences autorise l'infirmier à pratiquer des soins à visée psychothérapeutique. *La psychothérapie* peut être définie comme un processus interactionnel structuré qui, fondé sur un diagnostic, vise le traitement d'un trouble de santé mentale à l'aide de méthodes psychologiques reconnues par la communauté scientifique. C'est une méthode thérapeutique fondée sur la construction et le déploiement d'une relation qui active un processus dans un cadre déterminé. Elle utilise pour cela une technique spécifique sous-tendue par une ou des références théoriques validées scientifiquement.

Dans le décret de compétences, le terme de visée vient, dans un flou assez surprenant pour un texte normatif, diminuer la portée du concept de psychothérapie et nécessite un travail de définition spécifique.

Pour définir cette visée psychothérapeutique, nous la considérerons au niveau de la forme puis du fond. Au niveau de la forme, il est possible de garder une partie de la définition de la psychothérapie à un mot près. Nous dirons que c'est une méthode thérapeutique fondée sur la construction et le déploiement d'une relation qui active un processus dans un cadre *non déterminé*. Cela signifie qu'il existe une intention élaborative mais que les actes qui en découlent peuvent se pratiquer dans des cadres variés et souples et non pas exclusivement dans un cadre déterminé. Il existe bien la construction et le déploiement d'une relation activant un processus sous-tendu par des références théoriques validées scientifiquement. Ainsi, au niveau de la forme, la différence avec la psychothérapie pourrait être, pour la visée psychothérapeutique, la possibilité d'un déploiement dans des cadres très divers et peu structurés tels que la rencontre impromptue et fugace avec un patient dans un couloir d'un service d'hospitalisation ou la salle d'attente d'un CMP. Cela n'exclut évidemment pas l'entretien de face à face ou l'activité thérapeutique de groupe.

Considérant maintenant le fond, l'acte à visée psychothérapeutique doit permettre au patient d'organiser progressivement des contenus psychiques archaïques, inélabores (pulsions, émotions, etc.) en représentations mentales. Dit autrement il s'agit d'aider le patient à discerner, à circonscrire, à représenter puis à nommer progressivement son vécu sensoriel et émotionnel, c'est-à-dire à le transformer en contenus de pensées. Il s'agit de tirer le primaire vers le secondaire en utilisant la technique du plus petit écart possible en proposant une mise en mots de ce qui est montré sans pouvoir être dit par le patient. Il existe donc une fonction mutative mais dans une perspective actuelle et non historique. C'est cette dimension historique qui fonde, au niveau du fond, la différence entre psychothérapie et visée psychothérapeutique.

Concernant la différence avec la dimension sociothérapeutique maintenant, le point principal concerne le fait qu'il ne s'agit plus de permettre l'adaptation du patient malgré sa maladie, mais bien de soigner cette maladie. Il va donc s'agir cette fois-ci de modifier quelque chose du fonctionnement psychique du patient, puisque les pathologies mentales se caractérisent par un fonctionnement psychique particulier.

Il reste maintenant à définir le fonctionnement psychique sur lequel le soin relationnel va avoir un impact.

Fonctionnement psychique et positionnement soignant

Le point de vue psychanalytique, et en particulier l'œuvre de Freud, permet d'appréhender le fonctionnement psychique à travers trois démarches complémentaires : une démarche descriptive, permettant de définir l'architecture du psychisme ; une démarche dynamique, mettant au jour les notions de tension, de force et de conflit à l'œuvre dans le psychisme et une démarche économique rendant compte de la recherche d'équilibre indispensable au bon fonctionnement de l'appareil psychique.

La démarche descriptive

Elle propose une topographie du psychisme distinguant, au sein de celui-ci, plusieurs lieux qui sont aussi des systèmes doués de caractères et de fonctions différentes. Freud décrit deux topiques. La première propose une organisation en trois systèmes, l'inconscient, le préconscient et le conscient, ayant chacun ses limites propres, sa fonction et son énergie. La seconde propose elle aussi une architecture en trois systèmes : le ça, le surmoi et le moi. Le ça est un réservoir à pulsion, le surmoi une instance interdictrice (fondée sur l'intériorisation de la loi sociale) et le moi l'instance faisant la synthèse de l'ensemble et permettant la relation avec le monde.

La démarche dynamique

Dans ce cadre, l'inconscient est considéré comme une sorte de réservoir stockant l'énergie générée par des excitations externes, issues des perceptions, ou internes, d'origine pulsionnelle ou mnésique. Cette énergie stockée produit une tension continue et intarissable nommée déplaisir, qui s'oppose à un état hypothétique de plaisir absolu qui serait obtenu si l'appareil réussissait à éliminer toute la tension². Le psychisme n'a alors de cesse de diminuer cette tension désagréable. Si les excitations externes peuvent être évitées par des comportements de fuite, il n'en est pas de même pour les stimuli internes ; le sujet ne peut y échapper. Il n'a alors d'autres solutions que de libérer une partie de l'énergie accumulée. Pour ce faire le sujet dispose de plusieurs possibilités : le passage à l'acte permettant la satisfaction immédiate et massive (ce qui est difficilement acceptable socialement), l'utilisation de mécanismes de défense qui permettent de libérer de l'énergie par substitution et, enfin, l'élaboration psychique, c'est-

2 J.D. Nasio (dir.), *Introduction aux œuvres de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*, coll. Psychanalyse, Rivages, Paris, 1994.

à-dire la mise en sens et donc en pensée, qui permet une évacuation progressive de l'énergie et une mise en actes maîtrisée.

Le point de vue économique³

Ce point de vue considère essentiellement le rapport de force énergétique qui existe à l'intérieur de la psyché. Le potentiel énergétique d'un individu étant constant, seule la répartition de l'énergie est susceptible de variations. Cela signifie que si une trop grande quantité d'énergie d'un individu est absorbée par un objet (action, pensée, désirs, etc.), il ne dispose plus suffisamment d'énergie pour investir un autre objet.

Le rapport de force se situe entre les différentes instances de l'appareil psychique. Le rôle du moi est d'assurer l'équilibre entre les forces en présence et, en particulier, d'assurer la transformation des processus primaires en processus secondaires. Les premiers désignent les affects bruts, pulsionnels (stockés dans le ça) ; les seconds, des contenus psychiques plus élaborés, c'est-à-dire liés à une représentation (pensées, images mentales). Le processus primaire – affects non liés à une représentation – caractérise le fonctionnement inconscient. Si ce dernier envahit le conscient, il requiert une satisfaction immédiate (principe de plaisir) et conduit soit à l'action – c'est le passage à l'acte –, soit à l'illusion – c'est la perception hallucinatoire (rêve ou délire). Le processus secondaire est quant à lui marqué par le fait que les affects sont liés à des représentations rendant la pensée logique possible. Le principe de réalité est alors prévalent et l'attente de la satisfaction possible.

Le moi et son fonctionnement en processus secondaires permettent de contenir la demande de satisfaction du ça en tenant compte de la réalité. Le moi travaille à « senser » les mouvements affectifs bruts et, donc, à mettre les affects en pensées afin qu'ils deviennent gérables par l'appareil psychique et tolérables par l'environnement. Les pulsions contenues dans le ça sont transformées, représentées, symbolisées, pensées pour pouvoir éventuellement être exprimées dans une mise en actes maîtrisée.

C'est le préconscient (voir fig. 1.1) qui est l'instance permettant cette mise en pensée des affects et qui a pour fonction d'évacuer la tension liée aux pulsions et plus généralement aux affects. Si cette tension ne s'évacue pas, le psychisme sature, il doit donc y avoir nécessairement évacuation.

Le fonctionnement psychique préconscient

Imaginez-vous un beau dimanche matin de printemps. Vous sortez de bonne heure dans la rue acheter votre pain et votre journal, la rue est calme, le soleil doux... une voiture vous dépasse silencieusement et, d'un seul coup, retentit

3 L. Moras, A. Perrin-Niquet, J.P Verot, C. Barbot, *L'infirmier en psychiatrie*, Masson, Paris, 2004.

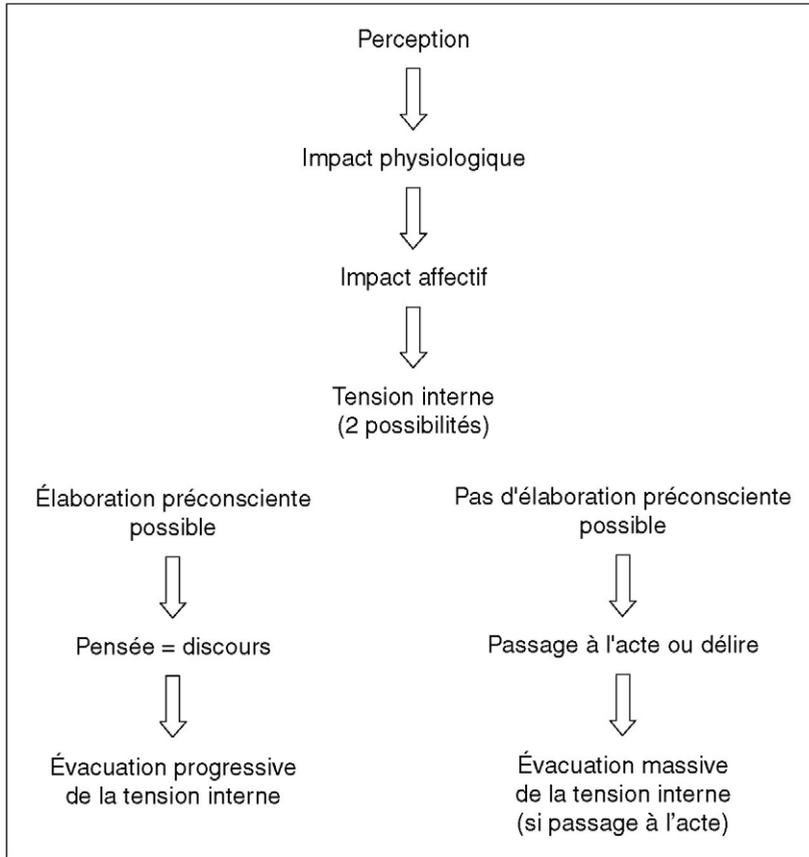


FIGURE 1.1. Le fonctionnement dynamique et économique du psychisme

un violent coup de klaxon. Vous sursautez, votre cœur s'accélère d'un coup, votre respiration se bloque, vous sentez une onde de froid vous parcourir, puis, très vite, votre esprit se met en action et vous vous entendez penser : « *quel... il m'a fait peur, il ne respecte vraiment rien !!!...* ». Votre corps retrouve rapidement sa température normale, votre respiration reprend son cours et votre cœur retrouve son rythme habituel, la peur s'estompe : « *ce n'était pas grand-chose en fait* ». Que s'est-il passé ? Le bruit soudain et inattendu a percuté de plein fouet votre quiétude printanière, il vous a agressé et fait ressentir un stress violent qui a impacté votre organisme. Mais, très vite, vous avez donné du sens à l'événement et l'impact sur votre organisme s'est délayé. C'est la mise en pensée de l'événement et des effets associés qui a permis le retour à la normale.

La figure 1.1 représente le cheminement classique mettant en lumière le fonctionnement dynamique (gestion de l'énergie) et économique (transformation des affects en pensées) du psychisme.

L'imagerie cérébrale vient expliquer autrement ce travail du préconscient. Le cerveau humain est séparé en deux lobes distincts reliés par le corps calleux. Ces deux lobes sont le siège de deux types d'activité psychique différents. Le lobe droit correspond à l'activité émotionnelle et fonctionne sur un mode synthétique et global alors que le lobe gauche est le siège de l'activité analytique et du langage. Lorsqu'une émotion est ressentie, le lobe droit s'active, traduisant cette activité émotionnelle. Si la pensée s'enclenche à ce moment, venant mettre du sens sur ce qui est ressenti, le lobe gauche (siège de la parole) s'allume (à l'imagerie cérébrale) et le lobe droit s'éteint. Le langage, qui n'est rien d'autre que l'expression d'une pensée, vient ainsi mettre un arrêt à l'activité émotionnelle en la transformant. Pour Gérard Pommier⁴, le langage vient refouler la pulsion. Le travail de pensée renvoie automatiquement l'énergie pulsionnelle derrière la barrière du refoulement. Cette énergie va alors rester libre (non liée à une représentation) jusqu'à ce qu'elle se lie à une autre représentation de pulsion et qu'elle vienne faire pression pour sa décharge (par la mise en acte) ou qu'elle soit retournée à nouveau dans l'inconscient par le refoulement, grâce à la mise en mots et en sens. N'oublions pas, en effet, que derrière la barrière du refoulement, l'énergie pulsionnelle n'est pas liée, ce qui signifie qu'elle est libre de venir nourrir n'importe quelle pulsion. Si je refoule une pulsion sexuelle, parce que sa réalisation n'est pas possible dans l'instant, l'énergie ainsi reconduite peut se lier à une pulsion d'autoconservation, la faim par exemple qui, elle, pourra être satisfaite, libérant ainsi l'énergie pulsionnelle. Cela est heureux car c'est ce qui permet à l'activité intellectuelle, artistique, professionnelle, de libérer progressivement une grande partie de l'énergie pulsionnelle qui se ressourcent en permanence, c'est la sublimation.

En fait, et pour dépasser la proposition de G. Pommier, il est possible de penser qu'une partie de l'énergie pulsionnelle est aussi déchargée par la mise en mots qui constitue un passage à l'acte modéré et adapté. En même temps que la pensée donne forme à la pulsion, elle permet sa décharge dans l'échange interpersonnel.

La carence du fonctionnement préconscient et la position soignante

Le psychotique comme l'état limite ne parviennent pas, ou pas suffisamment, à mettre en pensée leurs affects. La fonction préconsciente de ces patients est défaillante. La mise en acte ou le délire (seulement pour le psychotique concernant cette dernière modalité) va leur permettre d'évacuer la tension liée aux affects. Ils pourront aussi utiliser des mécanismes de défenses puissants (et inconscients), déni, clivage, qui leur permettront de mettre à distance les événe-

4 G. Pommier, *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, Flammarion, Paris, 2004.

ments vécus, comme leur répercussion affective, mais avec l'énorme inconvénient d'entraîner avec eux, dans l'oubli ou la mise à l'écart, une partie de leurs capacités psychiques, réduisant d'autant leurs possibilités d'existence.

Cette capacité à penser, à symboliser étant défaillante, il va falloir aider le patient à ce niveau, c'est cela la visée psychothérapeutique. Il s'agit globalement de mettre des mots sur ce que l'on perçoit du patient et que lui-même n'est pas capable de nommer. Ses états affectifs, ses désirs, ses comportements. Mais nommer à sa place n'est qu'une première étape, il s'agit ensuite de lui permettre de nommer lui-même. Il va alors falloir l'inciter à aller chercher les mots qui correspondent à ses états affectifs. « *Que ressentez-vous, qu'avez-vous ressenti lorsque...* » Cela peut passer, dans un premier temps, par un travail de dénomination d'objets lors de l'accompagnement en sortie. Cela peut aussi être la description d'une œuvre d'art, l'évocation des souvenirs ou des affects mobilisés par une expérience... Ce travail peut aussi être réalisé avec de la musique, jouée ou écoutée, le dessin ou la peinture, le photo-langage, etc. Tout le monde aura reconnu les activités à médiation. Mais, d'une manière plus large, ce travail de mentalisation peut être réalisé dans tous les moments passés avec le patient qu'ils soient construits ou non.

Un mécanisme illustre bien ce travail proposé au patient psychotique ou état limite, l'identification projective⁵.

L'identification projective

C'est un double mécanisme psychique qui part du patient en direction du soignant et qui revient ensuite au patient.

Premier temps : le patient, aux prises avec un vécu affectif ingérable, va se débarrasser d'une partie de son ressenti en direction du psychisme du soignant (*projection*). L'expression verbale de sa souffrance, son comportement, ses attitudes, sa mimique vont être vecteurs de cette projection. Le soignant va accepter (inconsciemment) ces contenus psychiques et s'en trouver envahi. Les affects du patient vont ainsi générer un effet réel sur la psyché du soignant. Ce dernier se trouvera alors entraîné par l'état psychique du patient, prenant pour lui l'angoisse, l'agressivité, le morcellement ainsi projetés.

Il y a *identification* du soignant aux contenus psychiques du patient par projection de ces contenus dans le psychisme du soignant. Ces contenus vont se mêler à ses propres contenus psychiques. L'identification projective aura permis au patient de se protéger en se débarrassant d'une partie des affects qui lui faisaient souffrance. Elle peut être comparée à un phénomène de contamination psychique, les contenus psychiques passant d'un psychisme à l'autre.

Deuxième temps : le soignant va trouver des liens et du sens (élaboration) à ces contenus psychiques grâce à son activité de liaison (de symbolisation), il va penser les affects éprouvés : « *je suis angoissé par l'attitude de*

5 À partir des propositions de Wilfred Bion.

ce patient », « *son comportement agressif me fait peur* », etc. Il va proposer alors au patient une réponse verbale et comportementale (*projection*), sensée, apaisée, symbolisée : « *vous semblez anxieux... agressif... cela a à voir avec ce qui s'est passé ce matin... ?* ». En faisant cela, il nomme par ses mots et son attitude ce que ressent le patient, ce qui lui est d'autant plus facile qu'il le ressent maintenant en même temps que lui. Cette attitude projective va, elle aussi, impacter le psychisme du patient, l'attitude apaisante et le sens proposés par le soignant vont se mêler aux contenus psychiques du patient (*identification*) et agir sur lui.

Au final le patient aura utilisé les capacités de mentalisation du soignant pour gérer ses propres affects. La répétition de ces allers-retours pourra permettre une introjection progressive chez le premier de la capacité à mentaliser du second, à condition qu'il y ait continuité et progressivité, c'est-à-dire des soins relationnels inscrits dans la durée par un même professionnel.

La mise à disposition de l'espace psychique du soignant

Pour en revenir à l'aspect relationnel du soin psychiatrique, ce qui importe c'est bien que la nature de la relation à l'autre soit différente selon qu'elle s'inscrive dans un cadre psychiatrique ou dans un cadre de soin somatique. Dans le domaine du soin psychiatrique le soignant met à disposition du patient son propre espace psychique dans un vécu partagé pour ensuite l'aider à donner du sens aux affects qui l'habitent. Il ne s'agit plus seulement de comprendre, d'être disponible, de soutenir, mais bien d'offrir à celui qui souffre la possibilité de prendre appui sur son propre psychisme afin de lui permettre d'élaborer ce qu'il ne parvient pas à élaborer, cela dans une relation où vont se jouer des mouvements affectifs souvent profonds. *Il s'agit alors de soigner le psychisme par le psychisme.*

Cela implique des connaissances spécifiques sur le fonctionnement psychique mais aussi une capacité à gérer l'impact affectif suscité par l'envahissement psychique du patient. Le travail de supervision, l'élaboration collective autour de connaissances théoriques fréquemment sollicitées, la reprise clinique, sont les outils permettent la construction de compétences qui vont fonder véritablement un soin relationnel qui se distinguera de la relation de soin inhérente au soin somatique.

Ce soin relationnel nécessite donc un travail d'élaboration théorique. Seule cette élaboration va permettre au professionnel de donner du sens à ses actes, que le terme de sens soit compris comme signification ou comme orientation. Le symptôme du patient, par son expression aberrante, agressive ou violente, par la répétition épuisante qu'il impose, par la brutalité des ruptures qu'il occasionne, par la menace qu'il représente pour le psychisme du soignant, doit impérativement être compris et pour cela il doit être passé au crible d'une élaboration clinique et théorique.

C'est cette élaboration qui guidera les actes de soin et qui leur donnera le sens qui permettra de résister à la véhémence de la folie.

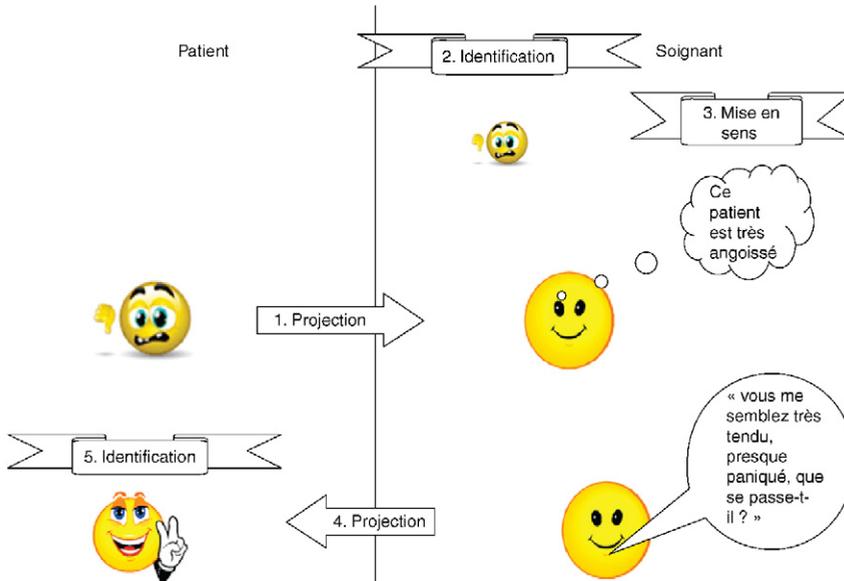


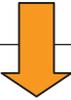
FIGURE 1.2. Élaboration psychique dans le cadre du soin relationnel en psychiatrie

La figure 1.2 et le tableau 1.1 illustrent le travail d'élaboration psychique proposé par le soignant dans le cadre du soin relationnel en psychiatrie.

Quel soignant pour quelle activité

Qui peut animer une activité thérapeutique à médiation ? Il est bien évident qu'animer une activité sans connaître le média utilisé oblige le soignant à se concentrer sur les aspects techniques au détriment des aspects cliniques. La maîtrise de la technique permet au contraire au soignant de focaliser son attention sur l'observation ou sur la relation à l'autre. Il n'est donc pas inutile de disposer d'une certaine connaissance de la médiation utilisée. Cependant, ce savoir technique ne doit pas venir polluer la fonction médiatisante du support. Cela signifie qu'un atelier cuisine ou musicothérapie ne doit pas être au service de l'apprentissage de la cuisine ou de l'esthétique musicale mais uniquement d'une dynamique relationnelle, la technique doit donc rapidement se faire oublier. Mais c'est une véritable difficulté de ne pas la mettre en avant, le patient essaiera toujours de s'engouffrer dans cette voie de manière défensive : lorsque toute l'attention du groupe est orientée vers la cuisine ou la musique, personne ne se préoccupe de lui. Le soignant, lui aussi, devra résister à la tentation de se mettre en avant dans la technique, surtout s'il a choisi un support qu'il affectionne personnellement.

TABLEAU 1.1. Vécus du patient et du soignant

Vécu du patient	Vécu du soignant
Exemple de situation : un patient très angoissé, agité, presque paniqué, entre dans la salle de soin du service et se trouve face à un infirmier	
Un vécu angoissant s'impose, lié à l'activité psychique, il dépasse les capacités de gestion du sujet.	
<p style="text-align: center;"></p> <p>Ce vécu s'exprime par une attitude corporelle, un comportement, une mimique et la recherche désordonnée d'une présence. Cette expression motrice (corporelle, faciale) permet d'évacuer, de projeter vers le soignant présent ce vécu douloureux avec pour effet de réduire partiellement la tension.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"></p> <p>Sa capacité d'empathie lui permet de se laisser impacter par le vécu de ce patient.</p>
	<p style="text-align: center;"></p> <p>Recueillant ce vécu, il lui donne une forme et un sens : « <i>ce patient est très angoissé</i> ».</p>
<p style="text-align: center;"></p> <p>Le comportement du soignant lui apparaît comme une réponse à son angoisse. Il ressent le calme, la sérénité, le caractère rassuré de ce comportement.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>Il adapte son comportement à cet affect d'angoisse : il reste très calme, interrompt ce qu'il faisait, s'approche du patient, l'invite à s'asseoir et lui parle avec douceur : « <i>vous me semblez très tendu, presque paniqué, que se passe-t-il ?</i> » Il associe geste et parole dans une volonté de rassurer.</p>
<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"></p> <p>Apaisement</p>	
<p>Le patient a bénéficié des capacités psychiques du soignant pour faire ce qu'il n'était pas en mesure de faire : mettre un affect en pensée afin de le maîtriser, de le gérer. La répétition de ce type d'expériences va permettre progressivement au patient d'intérioriser la capacité du soignant à maîtriser ses tensions dans le cadre d'une relation thérapeutique régulière et durable.</p>	

Quel patient pour quelle activité

L'erreur la plus classique est de proposer au patient un support qu'il connaît bien. Proposer un atelier musicothérapie à un musicien, c'est lui permettre de se réfugier derrière la musique alors que l'objectif d'une activité thérapeutique est de l'amener à se découvrir, à se mettre en scène dans sa relation à lui-même et à l'autre. De la même manière, il n'est pas souhaitable de demander au patient dans quelle activité il souhaite s'engager. Il cherchera et donnera nécessairement une réponse qui risque de mettre à mal le moins possible ses défenses. Un des objectifs des activités thérapeutiques est d'amener progressivement le patient à modifier quelque chose de sa manière d'être au monde. Cependant cette manière d'être au monde s'est construite autour de symptômes (puisqu'il est malade) qui participent à son équilibre actuel. Bien sûr cet équilibre est douloureux (pathologique), mais il constitue la seule façon possible d'exister pour le sujet, il va donc s'y accrocher fermement. Si nous lui laissons choisir une activité, c'est-à-dire la manière d'introduire du changement dans ce qu'il est, il va évidemment choisir l'activité qui représentera le moins de possibilité de changement pour lui.

2

L'animation des activités thérapeutiques de groupe

Le positionnement du soignant en situation d'animation de groupe requiert des techniques spécifiques et non spécifiques. Les premières sont communes à tous types d'activité thérapeutiques de groupe qu'elles soient à visée socio- ou psychothérapeutique. Elles s'inscrivent dans l'aspect dynamique de l'animation à travers des notions telles que la coanimation, l'effacement, le niveau de directivité, la qualité de présence, l'évitement de l'échec et du renforcement des attitudes défensives des soignés.

Les techniques non spécifiques sont issues de la thérapie centrée sur la personne de Carl Rogers dont nous reprendrons succinctement la définition, le mécanisme thérapeutique et la méthode. Nous nous arrêterons plus précisément sur les concepts d'écoute active et de reformulation. Pour finir nous aborderons certains outils de la relation interpersonnelle : reflet, focalisation, questionnement. Si nous parlons à ce niveau de techniques non spécifiques c'est parce que celles-ci sont mobilisables dans d'autres types de soins relationnels que l'animation de groupes et en particulier dans les situations de face à face.

Les attitudes spécifiques de l'animation de groupes thérapeutiques

L'animation d'activités thérapeutiques de groupe, que celles-ci soient à visée sociothérapeutique ou psychothérapeutique, exige d'adopter certaines attitudes que l'on pourrait qualifier de transversales : directivité/non-directivité, effacement, coanimation. La conduite de groupe requiert en parallèle la faculté d'éviter certains écueils qui risqueraient de conduire l'animateur à manquer sa cible, par exemple en renforçant les défenses des participants, leur dépendance ou en recherchant sa propre satisfaction.

Dans cet ouvrage, lorsque nous évoquerons le soignant qui intervient dans le cadre d'un groupe à vocation thérapeutique, nous parlerons d'animateur. Ce

terme n'est pas toujours apprécié des soignants qui sont en situation car il renvoie à des représentations liées au divertissement (animateur télé par exemple). Mais si nous retenons néanmoins ce terme c'est en référence à son étymologie latine, *animare* signifiant « donner de la vie », et “*anima*”, signifiant souffle, vie”. L'animateur est donc celui qui donne vie au groupe.

L'axe directivité/non-directivité

L'animateur d'un groupe doit en permanence alterner entre ces deux pôles : directivité et non-directivité (tableau 2.1). Il n'existe pas de règle générale concernant ce positionnement. Ce sont en fait à la fois le groupe et le moment qui doivent décider de l'attitude correcte à ce niveau.

L'axe directivité/non-directivité est un outil pour l'animateur qui doit toujours pouvoir choisir sa position. Ce choix implique qu'il connaisse sa tendance naturelle à ce niveau et qu'il soit en capacité d'abandonner cette tendance pour adopter la position requise. La connaissance du groupe et de sa progression, mais aussi, plus généralement, la connaissance de la dynamique de groupe et la connaissance de soi sont les bases requises pour une bonne utilisation de cet axe directivité/non-directivité. Hormis le cas d'activités thérapeutiques cognitives de groupe, les activités à visée psychothérapeutique nécessitent généralement une position moins directive que les activités de soutien, sociothérapeutiques.

La guidance verbale

De nombreuses activités nécessitent que l'animateur guide verbalement l'action des participants : relaxation, échauffement au sol, musicothérapie active, etc.

Cette guidance sera parfois directive, par exemple : « *prenez un instrument, allongez-vous, respirez profondément, etc.* » mais elle sera aussi très souvent de l'ordre de la proposition, de l'invitation et dans un langage métaphorique. La voix de l'animateur devra, dans ce cas, être comme une enveloppe sonore rassurante. Il devra non pas donner des indications mais, puisqu'il fait en même temps ce qu'il dit, se laisser gagner par l'état qu'il souhaite induire chez les membres du groupe (détente, voyage à l'intérieur du corps, etc.) et se laisser flotter dans cet état personnel, dans l'ici et maintenant du groupe. Il doit modifier son état interne dans la direction qu'il indique par ses paroles et ressentir ces modifications chez lui mais aussi chez les autres grâce à l'empathie. Il sera alors attentif aux crispations, aux tensions, aux laisser-aller, aux abandons et pourra les accompagner. Il s'agit donc, pour lui, de faire preuve d'une grande disponibilité sensorielle et d'une bonne capacité à s'identifier. Les mots qu'il prononce servent d'indication à l'action, pour le patient, mais en même temps de support, d'aide. Le sens tout comme le ton et la sonorité des mots sont importants. L'animateur de la séance s'appuie sur ses propres sensations, sur sa production imaginaire, dans une sorte de description de son vécu, pour guider le groupe. Il utilise pour cela des métaphores car elles donnent la possibilité de

TABLEAU 2.1. Alternance entre les deux pôles : directivité-non directivité

	Objectifs	Risques
Directivité	Stimuler la dynamique d'un groupe en retrait et peu spontané	Dépendance du groupe à l'animateur : le groupe attend que le soignant lance et maintienne la dynamique
	Orienter, réguler, la dynamique d'un groupe qui s'engage sur une voix conflictuelle ou non productive	
Non-directivité	Laisser émerger la créativité d'un groupe dynamique et créatif	Dérive du groupe, prise en main par un leader négatif, sentiment d'insécurité vécu par les participants
	Laisser les participants vivre le vide et l'inactivité, les laisser prendre la responsabilité du fonctionnement de leur groupe	

dire à l'autre tout en lui offrant quelque chose de l'ordre de l'intime. La poésie des mots convoque l'imaginaire et offre à chacun la possibilité de traduire ce qui est dit de la manière qui lui semble la plus appropriée à ce moment-là. La métaphore, donc l'image, élargit le sens, le multiplie et le rend plus accessible. Mais la métaphore doit être en lien avec ce qui est vécu par l'animateur, elle doit être production de l'ici et maintenant (et non pas judicieusement préparée) afin qu'elle fasse lien avec l'imaginaire du patient. L'imaginaire du soignant va stimuler celui du groupe des patients, puis, progressivement, les imaginaires vont se mêler, l'identification prendra forme. Le soignant doit pouvoir s'adapter à l'état du groupe, et pour cela convoquer ses capacités d'identification et d'association de manière spontanée.

Se laisser aller pour guider l'autre, c'est un travail minutieux, d'une grande finesse de perception à la fois de soi mais aussi de l'autre. C'est à travers ce laisser-aller du soignant que le patient ne peut pas ne pas sentir, qu'il va oser, lui aussi, se laisser aller. Il existe alors une identification mutuelle et une communion d'état dans laquelle chacun accompagne l'autre dans un moment commun.

Bien sûr les activités centrées sur le cognitif sont peu concernées par ce niveau de guidance verbale. Ces activités nécessitent une position directive de l'animateur, qui propose des jeux, les corrige, invite individuellement les participants à l'action.

La guidance non verbale

C'est le faire avec ou plutôt le vivre avec. Le soignant ne se contente pas d'inviter à faire, d'encourager, de stimuler ; il fait, il s'offre au groupe. C'est son lâcher prise, sa créativité, le fait qu'il ose (sans être démonstratif) qui va permettre au groupe de patients d'oser, lui aussi, faire l'expérience. C'est sur la base de ce

partage d'expériences que va se construire la relation thérapeutique. Il y a aura échange dans l'expérience, chacun prenant le risque de se montrer à l'autre. Le vécu, l'imaginaire individuel, l'intra-sujetif, rencontrent celui de l'autre, dans un moment et un espace partagé, autour d'une expérience qui devient intersubjective. C'est ce permanent aller-retour en intra- et intersubjectif qui va permettre, progressivement, la transformation des contenus psychiques. Nous retrouvons la notion d'espace transitionnel dans lequel les psychismes s'entrecroisent, se rencontrent et s'influencent, se nourrissent mutuellement. Bien sûr le psychisme du soignant est plus sollicité que celui des patients car il se doit d'être attentif à tous.

Le rapport à l'autre du soignant

L'espace d'intervention du soignant est limité entre ne pas faire à la place de l'autre, ne pas le pousser à faire et soutenir sa capacité à faire. C'est son attitude bienveillante pour l'autre et surtout sa capacité à trouver la bonne distance qui vont lui permettre de résoudre cette équation. Le ton de sa voix, la qualité de son regard, la capacité à toucher sans être intrusif seront les atouts que le soignant déploiera afin de soutenir sans imposer.

E. T. Hall¹ a montré que l'homme utilise l'espace de manière appropriée en fonction des situations relationnelles qu'il rencontre. Il a défini quatre zones, plus ou moins étendues, qui sont des sortes de bulles d'espace autorisées à notre corps et qui sont autant de territoires de valeur différente :

- en distance publique, le corps s'offre à la vue de façon globale mais lointaine et la communication se limite à des discours. L'autre est à plus de 7 mètres. Les signaux émis par le visage ne sont plus perçus et les communications non verbales passent par les attitudes et les gestes. Le discours doit être lent, articulé et théâtralisé ;
- en distance sociale, entre 3,60 m et 1,20 m, la communication peut s'établir : il suffit de maintenir le regard et d'élever la voix mais les caractéristiques corporelles de l'autre ne sont pas distinctement perçues. L'œil voit surtout la bouche et les yeux de l'autre. C'est la distance établie pour le début d'une séance de groupe, temps des consignes ;
- en distance personnelle, de 1,20 à 0,45 m on peut se saisir physiquement d'autrui. Cette distance se prête à des contacts proches, permettant des discussions sans élever la voix. C'est la distance des relations interpersonnelles qui signe aussi la limite d'emprise physique sur autrui. Les traits du visage, l'expression des yeux, la texture de la peau, sont visibles. Pénétrer dans cet espace nécessite de prévenir l'autre, de solliciter son accord par un signe, un geste, une parole : « *je m'approche de vous...* » ;
- en distance intime de 0,45 m jusqu'au contact physique, la vision est très focalisée sur les détails du corps d'autrui, la voix peut être baissée car le murmure suffit pour s'entendre. C'est la zone de la relation d'intimité mais qui est

1 E.T. Hall, *La dimension cachée*, Seuil, Paris, 1971.

aussi celle du geste soignant. Dans une telle proximité, le toucher vient compléter fortement la communication verbale. Si la distance intime est imposée mais non acceptée, des mécanismes de défense sont mis en œuvre.

L'animation d'un groupe nécessite en permanence d'adapter la distance vis-à-vis du groupe en général et de chacun des participants en particulier. Trop lointain (distance publique ou sociale), la personne du soignant perdra de son effet. Trop proche elle pourra être vécue comme intrusive. L'animateur n'aura de cesse de faire varier cette distance en fonction des moments et des personnes.

La coanimation

La coanimation permet de séparer et, pourquoi pas, d'alterner les rôles lors de l'animation d'un groupe. L'animateur doit être concentré sur chacun des membres du groupe, sur la création et le maintien de la dynamique, sur le choix de sa position (entre directivité et non directivité). Il vit au même rythme que le groupe, adapte ses propositions aux possibilités présentes des différents membres ; il est dans l'immédiateté de la séance.

Cette immersion dans le présent rend difficile la prise de recul et l'observation qui nécessitent de l'objectivité. C'est là qu'intervient le coanimateur ; il récupère ce qui échappe à l'animateur et propose, soit directement au groupe pendant la séance, soit à l'animateur après la séance, sa propre lecture, globale et distanciée. Il existe ainsi complémentarité entre les deux fonctions qui peuvent s'échanger d'une séance à l'autre, voire au cours de la même séance.

Le coanimateur peut aussi intervenir comme modèle lorsque certaines consignes peuvent paraître complexes : il montre au groupe.

L'effacement

C'est le positionnement visé dans le cadre de l'animation de groupe à but sociothérapeutique. L'effacement de l'animateur permet au groupe de se prendre en charge seul, signe d'une autonomie et d'une coopération interpersonnelle de qualité. Cette mise en retrait n'est pas toujours facile pour le soignant qui aura travaillé parfois des mois avec le même groupe pour que celui-ci parvienne à l'autonomie. Par ailleurs, comme il est aujourd'hui très fréquent que l'infirmier qui anime un groupe ait choisi une médiation qu'il maîtrise bien et qu'il utilise dans sa vie personnelle (musique, peinture, lecture, cuisine, etc.), il aura tendance à vouloir rechercher une certaine qualité des productions réalisées lors des séances. Pourtant les supports employés pour animer un groupe ne sont que des moyens, des prétextes, qui doivent impérativement s'effacer devant l'intention thérapeutique. C'est l'autonomie du groupe et, à travers elle, l'autonomie de chacun des patients qui reste l'objectif prioritaire, avant la qualité des productions du groupe. Cela implique, pour le soignant, de faire le deuil de sa passion lorsqu'il est en situation de soins, d'accepter de ne pas chercher son plaisir propre, de laisser dans le cadre de sa vie privée le beau, le construit, pour ne rechercher que ce qui est utile à la

situation thérapeutique. Ce positionnement n'exclut pas l'accès au plaisir pour le professionnel ; au contraire, ce dernier offre une possibilité d'identification aux patients dont il ne faut pas les priver. Il importe seulement que ce plaisir ne soit pas placé en priorité vis-à-vis de l'intention soignante.

Le processus groupe-individu-groupe

Le premier temps d'une séance, quel que soit le média utilisé, est toujours centré sur le groupe. Ce temps collectif permet d'installer un sentiment de contenance qui va permettre le travail et l'expression des singularités. Lorsqu'un sentiment collectif a pu se construire (ou au moins s'amorcer), il est possible d'encourager et d'accompagner chacun des membres du groupe à aller vers des productions singularisées. Le dernier temps de la séance revient à installer la contenance collective afin de consolider le vécu individuel de chacun. Il y aura donc toujours, dans une séance, un cheminement allant du collectif vers l'individu pour revenir au groupe.

La technique du plus petit écart

Il est fondamental de demander à chaque patient de ne s'engager que dans une production (picturale, musicale, corporelle, verbale, intellectuelle, etc.) qui lui est accessible. Un écart trop grand entre ce qui lui est possible de faire et ce qui lui est demandé risque de l'entraîner dans l'échec ou le refus. Il est aussi intéressant d'éviter de pointer les possibilités des patients trop tôt : « *vous voyez que vous pouvez le faire !* ». Ils risquent, dans ce cas, de nier leur réussite et de perdre tout le bénéfice de leur travail. Cela implique d'éviter de ponctuer leurs productions par des « *bien, très bien...* ». L'animation d'un groupe nécessite donc d'être discrètement attentif à chacun des participants.

La reprise verbale

Quelle que soit la médiation utilisée, il est incontournable de garder un temps pour une reprise verbale, après chaque échange et/ou à la fin de la séance. Lors d'une séance active (par exemple musique, peinture, théâtre, jeux divers, sport, etc.), on peut demander à chacun de parler de soi ou de l'autre, on peut demander au groupe ce qu'il pense des deux membres qui viennent de jouer, on peut demander aux deux acteurs ce qu'ils pensent des propos du groupe (dynamique systémique). C'est la reprise verbale qui permet de senser ce qui a été vécu, ce qui est, de toute façon, l'un des objectifs du travail.

Le renforcement positif

Il permet de renforcer l'estime de soi du patient par des gratifications appropriées. Toute la difficulté étant, pour l'animateur, de trouver quand et comment être approprié. Des encouragements ou des compliments trop appuyés ou trop fréquents perdent de leur valeur et peuvent même avoir l'effet inverse de

dévaloriser celui à qui ils sont destinés. De plus, les gratifications peuvent renforcer la dépendance de celui qui va s'accrocher à cette bienveillance. Ce type de renforcement est donc un outil à utiliser avec parcimonie.

Les contraintes en direction des thérapeutes²

Le travail d'animation de groupe nécessite impérativement que le soignant ait vécu ce qu'il propose au groupe. Impossible de demander à un groupe de lâcher prise, de bouger sans retenue, de sortir sa voix ou encore d'oser jouer avec la peinture sur une feuille si l'on n'est pas soi-même en capacité de le faire. L'animateur doit donc avoir lui-même vécu ce qu'il propose et, de plus, avoir expérimenté la transformation du travail sur lui-même. Mais, et cela est fondamental, l'animateur doit pouvoir aussi rester maître de lui-même, c'est-à-dire vivre et ressentir sans pour autant se perdre dans l'expérience, il doit garder une capacité d'objectivité pour rester observateur et contenant vis-à-vis du groupe de patients. Il possède une position de catalyseur.

Les écueils à éviter

La dépendance vis-à-vis de l'animateur

C'est la conséquence d'un manque d'effacement de l'animateur et de la priorisation de la production du groupe sur la visée thérapeutique. Le groupe et les médiations utilisées permettent aux participants d'oser l'expression, la mise en acte, la créativité, le plaisir. Lorsque ces éléments sont présents, le groupe fonctionne et ce fonctionnement est très valorisant pour l'animateur. Le plaisir de voir ceux qu'il a en face de lui sortir de leur problématique, entrer dans la spontanéité, construire un rapport à l'autre productif peut entraîner le soignant à chercher à améliorer encore cette perspective et à privilégier le groupe sur les individus. L'objectif devient que le groupe vive et progresse dans le maniement du support employé. Le soignant se place alors en situation d'enseignant et centre le travail sur les apprentissages. Il induit une dépendance à son propre savoir faire et donc à lui-même, tentation bien naturelle, mais complètement contre-thérapeutique. L'animateur n'a en aucun cas à devenir indispensable ; son savoir ne vaut, dans ce contexte spécifique, que pour autant qu'il serve à soigner.

Le renforcement des attitudes défensives des soignés

Ce risque est lié à la dynamique du groupe qui elle-même dépend des individus qui composent le groupe. Pour les activités à médiation qui nécessitent une mise en acte à travers la mobilisation corporelle, le jeu, des gestes relationnels, la dynamique a un effet d'entraînement et de stimulation fondamental. Cette dynamique s'appuie sur la mise en acte du ou des animateurs mais aussi, bien

2 P. André, T. Benavidès, F. Giromini, *Corps et psychiatrie*, éditions Heures de France, Paris, 2004.

souvent, sur un ou quelques patients. Il est alors tentant de s'appuyer sur ces agents actifs et de les solliciter d'avantage que les autres. Pourtant, ces participants actifs peuvent n'être mobilisés que par leur état mental, tout comme ceux qui ne s'activent pas, d'ailleurs. Ce sont alors les symptômes qui donnent le ton dans le groupe, et trop s'appuyer sur ces symptômes reviendrait à les renforcer. Il importe en fait d'aller vers un fonctionnement du groupe qui permette aux sujets de participer en deçà de leurs symptômes. Cela revient à stimuler ceux qui sont en retrait et à modérer ceux qui sont trop en avant. Bien sûr ce fonctionnement s'inscrit dans la dynamique même de l'animation.

Une présence trop dense ou trop discrète

L'animateur doit se situer sur un axe entre trop ou pas assez dont les fondements correspondent à une tendance personnelle. L'angoisse du silence ou de l'adynamie peut entraîner le soignant à combler tous les espaces de l'activité par ses propres productions, par son propre dynamisme, par une présence trop pleine. Dans cet espace sans espace, il n'y a plus de place pour l'expression du groupe de patients. Dans le cas inverse, une présence peu assurée, trop discrète, insuffisamment soutenante du soignant, risque de provoquer une fuite de la dynamique de la séance. Les patients ne se sentent pas en confiance et ne parviennent pas à oser l'expression, la production. L'animateur doit, dans tous les cas, trouver la bonne attitude entre une présence trop dense ou au contraire trop discrète. Sa position doit stimuler et soutenir l'investissement des participants sans empêcher le déploiement de leur personnalité.

L'échec³

Les activités sociothérapeutiques sont des activités de soutien qui visent à stimuler les capacités du patient, à atténuer l'impact des manifestations de sa pathologie et, en fin de compte, à faciliter son existence malgré son problème. Il s'agit de renforcer progressivement sa capacité à s'inscrire dans l'existence en lui donnant l'occasion de faire des expériences relationnelles, créatives, concrètes, ludiques, etc., réussies. Dans ce contexte, l'échec est à éviter absolument. Cela nécessite de proposer à chaque membre du groupe une participation à la hauteur de ses capacités et d'éviter les situations de compétition. Bien sûr, l'échec fait partie de l'existence ; cependant, le patient n'a pas besoin de la situation thérapeutique pour en faire l'expérience : sa vie de tous les jours lui suffit certainement amplement à ce niveau.

Les techniques non spécifiques : la thérapie centrée sur la personne ou relation d'aide rogérienne

L'animation de groupes thérapeutiques à médiation fait appel, par définition, à des supports pour médiatiser la relation entre soignants et soignés ainsi que la

3 J. Merklings, *Le métier d'infirmier en santé mentale*, Seli Arslan, Paris, 2007.

relation entre les soignés eux-mêmes. Ces médiations sont utilisées parce que la relation classique, par la parole, est difficilement possible ou insuffisante du fait des possibilités du patient. Il est cependant évident que cette relation verbale non seulement ne doit pas être exclue mais qu'elle doit être activement recherchée, soutenue et exploitée dans le cadre de ces activités. Les mots sont le support de la pensée qui, elle-même, permet la traduction des états internes du sujet, ils sont donc incontournables. C'est pour cette raison que les techniques classiques de facilitation de la mise en mots du vécu du patient sont utiles en situation d'animation de groupes à médiation. Ces groupes doivent toujours, à un moment ou à un autre, dans leur déroulement, laisser un espace pour l'échange de paroles, le soignant doit donc être prêt à optimiser ces moments. Carl Rogers et la relation d'aide, à travers reformulation et écoute active, y trouvent donc leur place.

La thérapie centrée sur la personne ou relation d'aide rogréienne

Le postulat princeps de la relation d'aide rogréienne

Pour C. Rogers, l'individu tend à se développer de manière positive, il tend à croître en harmonie avec lui-même et avec son environnement pour atteindre la maturité. Cette tendance est innée et inhérente à la nature humaine. Rogers définit la maturité caractérisant l'homme sain (non malade) comme l'accès à une connaissance et une acceptation de soi, de sa vraie nature incluant qualités et défauts. Cette connaissance et cette acceptation valant autant pour soi que pour les autres. En fait l'être humain est en permanence en développement, en croissance, vers cet état de maturité qui n'est jamais réellement atteint.

Cette maturité n'est possible que si les conditions de l'existence de l'individu le lui permettent ; dans le cas contraire, si ces conditions se montrent défavorables, il peut être empêché dans son développement. Dans ce cas la relation d'aide se montre utile mais uniquement si les difficultés du sujet sont en lien avec des conflits intérieurs qui le tiennent dans l'incapacité de s'accepter ou de se montrer aux autres tel qu'il est. Le travail d'aide consistera à lui permettre de mettre en lumière certains vécus intérieurs (sentiments), honte, culpabilité, remords, manque de confiance en soi ou en l'autre, peur, agressivité, afin de les interroger et les dépasser. Si, au contraire, c'est son environnement qui est objectivement trop agressif ou trop indifférent, pour des raisons qui ne relèvent pas de lui, l'aide rogréienne ne sera que de peu d'utilité. La personne devra, et elle aura peut-être besoin d'aide pour cela, intervenir dans la réalité sur cet environnement péjoratif afin de le modifier ou de mieux le supporter.

La thérapie consiste donc à restaurer le processus de croissance spontané de l'individu. La relation est pour cela centrée sur la personne (et non sur les problèmes), sur le vécu, et en particulier le vécu de la situation actuelle.

Définition : « *la relation d'aide psychologique est une relation permissive, structurée de manière précise, qui permet à l'individu d'acquiescer une compréhension de lui-même à un degré qui le rende capable de progresser...*⁴ » Elle ne s'attarde pas sur la question de la structure de la personnalité mais sur le processus de changement.

Le mécanisme thérapeutique

L'entretien d'aide rogerien consiste à libérer l'individu pour qu'il puisse achever sa maturation et son développement normal, à retirer des obstacles afin qu'il reprenne sa marche en avant. Pour Carl Rogers le patient dépense une telle énergie pour ne pas se montrer tel qu'il est à lui comme à autrui qu'il ne dispose plus de l'énergie nécessaire pour se développer de manière positive.

Le thérapeute se centre sur la manière dont le patient vit et ressent ses propres expériences dans le présent. *Grâce à l'acceptation inconditionnelle du premier, le second parvient à s'accepter lui-même tel qu'il est*, préalable indispensable à l'acceptation de l'autre et à l'harmonie.

C'est à travers son attitude compréhensive, son absence de jugement, sa considération chaleureuse que le soignant va aider le patient à *percevoir et exprimer* ses pensées, sentiments, sensations, aussi angoissants ou culpabilisants qu'ils puissent paraître. Le patient, par cette expression et cette exploration de son vécu, est amené à développer une nouvelle et plus authentique perception de soi et *se révèle ainsi à lui-même*.

C'est en se percevant et en s'acceptant tel qu'il est, mais aussi en acceptant de se montrer à l'autre tel qu'il est, que le patient pourra reprendre son processus de croissance et changer (s'il le désire).

Une thérapie centrée sur le présent

La thérapie par l'aide met plus l'accent sur la situation actuelle de l'individu que sur son passé. « *Les structures émotionnelles significatives de l'individu, celles qui ont une finalité dans son économie psychique, celles qu'il a besoin de considérer sérieusement, se révèlent aussi bien dans sa manière présente de s'adapter, et même dans l'heure de l'entretien, que dans son histoire passée*⁵. »

La méthode

La méthode est en fait basée sur une attitude globale de l'aidant fondée sur trois dispositions fondamentales : empathie, congruence et considération positive inconditionnelle. Ces dispositions permettent de guider l'aidé dans un cheminement qui va de l'expression à l'acceptation en passant par la prise de conscience de ses affects et de ses idées sur lui et sur le monde.

4 C. Rogers, *La relation d'aide et la psychothérapie*, 13^e éd., ESF, Paris, 2002.

5 *Idem*.

L'expression

Le premier travail de l'aidant sera de favoriser l'expression des sentiments du patient en utilisant principalement les techniques de reformulations ainsi que, dans une moindre mesure, l'interprétation. Ce qui sera visé n'est pas une expression centrée sur des faits, des événements ou des problèmes mais plutôt sur les affects qui sont au centre des événements vécus. La sincérité de l'expression du patient n'est possible que grâce à l'absence de jugement du soignant ainsi qu'à sa capacité de le comprendre réellement, ce que permet l'empathie. Le soignant doit donc faire preuve, à ce niveau, d'une qualité « d'être ».

La prise de conscience (socratique)

Les sentiments exprimés par le patient sont parfois exagérément négatifs, ambivalents, confus, hostiles ou inadéquats. Leur expression à un tiers qui ne juge pas va permettre leur clarification et leur prise de conscience. Ce qui était confus et flou devient clair. C'est la seconde étape du processus (la compréhension). L'aidant reformule ce qui est amené par le patient et se contente de lui renvoyer ce qu'il exprime, donc ce qu'il ressent. Il lui montre à voir les affects qui l'habitent et le travaillent. L'effort réalisé par le sujet pour énoncer clairement les sentiments qu'il ressent permet de les rendre plus clairs. Ce travail de clarification et de prise de conscience doit évidemment rester une expérience atteinte par le patient et non imposée par le thérapeute. La démarche de ce dernier reste donc socratique, amenant l'autre à se découvrir lui-même. Le soignant joue le rôle d'un miroir, le moins déformant possible afin de refléter au sujet son image. Il s'agit donc à ce niveau de disposer d'une capacité technique de reformulation permettant de redire à l'autre ce qu'il vient de dire ou de montrer, sans le transformer.

L'acceptation

La troisième étape concerne l'acceptation par le patient de ces éléments de ressenti exprimé. C'est parce que l'aidant accepte lui-même ce que le patient révèle de lui, sans porter de jugement ni donner de conseils, et qu'il se contente de recueillir et de renvoyer, que l'acceptation sera possible pour celui qui s'exprime. Cette acceptation inconditionnelle par un tiers rend possible l'acceptation par le sujet lui-même de ce qui, jusque-là, ne pouvait être que caché ou dénié. Tous ses sentiments, bons ou mauvais, font partie de lui : « *C'est l'acceptation de ses attitudes agressives et sociales, etc., qui donne à l'individu la possibilité pour la première fois dans sa vie de se comprendre lui-même tel qu'il est. Il n'a ni besoin de se défendre de ses sentiments négatifs ni de survaloriser ses sentiments positifs*⁶ ».

À mesure qu'il découvre, au détour des séances, que les parties de lui-même qu'il n'osait pas exprimer et parfois même qu'il n'osait pas penser sont acceptées par l'aidant (ou le groupe), le patient est lui aussi capable de les accepter. Au lieu de faire

6 C. Rogers, *op. cit.*

des efforts désespérés pour être ce qu'il n'est pas, il découvre qu'il existe de nombreux avantages à être ce qu'il est, et développe de nouvelles possibilités de croissance. Là encore il s'agit, pour le soignant, de disposer d'une qualité d'être qui lui permette de ne pas céder à la tentation du jugement ou du conseil. Cette qualité est tout de même aussi une capacité car il suffit parfois d'un rien, un rictus d'étonnement, un hochement de tête, pour signifier à l'autre sa désapprobation sans le vouloir.

L'action

La dernière étape est la mise en place, par le patient, d'actions positives. Ces dernières ne doivent pas être suggérées par l'aidant, mais apparaître naturelles au patient et décidées par lui. Ce qui paraissait impossible, c'est-à-dire vivre en dehors du symptôme, devient possible, car l'énergie dépensée à construire et à maintenir celui-ci peut être utilisée pour élaborer des actions constructives. À ce niveau le soignant doit résister à la tentation de proposer lui-même des solutions, de prodiguer des conseils ou d'intervenir dans la réalité. C'est au patient de déterminer les changements qu'il réalisera.

Résumé de l'approche rogérienne

TABLEAU 2.2. L'approche rogérienne

L'homme normal	Connaissance et acceptation de soi et de l'autre permettant le déploiement du sujet dans le cadre d'une relation positive au monde
L'étiologie des troubles	L'homme malade est empêché dans son développement du fait : - d'un environnement trop agressif ou trop indifférent, - de conflits intérieurs
L'homme malade	Incapacité du sujet à se connaître et à s'accepter tel qu'il est Difficulté à s'engager dans une relation à l'autre authentique et confiante
L'objectif thérapeutique	Permettre au sujet de reprendre son processus de croissance afin qu'il puisse atteindre la maturité nécessaire pour faire face à ses problèmes de manière adaptée
Les moyens thérapeutiques	Le thérapeute facilite l'expression, la prise de conscience et l'acceptation des affects et émotions vécues par le sujet en utilisant l'écoute active et la reformulation
Le positionnement du thérapeute	Non-directivité, compréhension empathique, acceptation inconditionnelle, authenticité Inscrit la thérapie dans l'ici et maintenant

Les aspects techniques et qualitatifs

L'aide rogérienne ou thérapie centrée sur la personne fait appel à deux modalités thérapeutiques de base : l'écoute active et la reformulation, qui s'appuient sur trois dispositions fondamentales : l'empathie, la congruence et la considération positive inconditionnelle.

L'écoute active : la position soignante de l'entretien d'aide rogérien

L'écoute active est à la fois une technique et une attitude qui permet de considérer l'autre, de le prendre en compte.

C'est une attention sincère qui permet, pendant le temps d'une rencontre, d'être en totalité disponible pour la personne. Écouter activement n'a rien à voir avec le fait d'être d'accord ou non avec ce que dit l'autre, c'est recevoir tout ce qu'il dit dans l'intention de comprendre sa pensée. Comprendre ne veut pas dire accepter.

Un certain nombre d'éléments sont susceptibles d'altérer une écoute de qualité. Tout d'abord le constat que l'homme pense plus vite qu'il ne parle. Le rythme normal de la parole est de 150 à 160 mots/minute alors que l'homme peut entendre jusqu'à 300 mots/minutes et plus, sans perdre « le fil » de ce qui se dit. La différence entre ces deux vitesses est la cause de difficultés à écouter patiemment, pour différentes raisons :

- l'écouter a tendance à précéder celui qui s'exprime, à anticiper les propos de l'autre avec ses propres idées et, de ce fait, à ne plus être disponible pour percevoir le discours réellement exprimé ;
- l'écoute de l'autre est facilement perturbée par l'influence des propres préoccupations de l'écouter, préoccupations qui viennent surplomber, recouvrir, ce que l'autre tente de révéler de lui ;
- les révélations de celui qui parle peuvent faire résonance avec des difficultés qui préoccupent celui qui écoute et les amplifier ;
- enfin les propos du sujet peuvent entrer en résonance avec l'histoire personnelle de l'écouter. Cette dernière vient alors jouer le rôle de filtre, sélectionnant les dires de l'autre ou orientant leur signification.

Le soignant engagé dans une situation d'écoute active doit alors développer certaines qualités personnelles : empathie, congruence et considération positive inconditionnelle. Ces qualités sont fondamentales car, dans la perspective phénoménologique (dans l'ici et maintenant) de l'entretien rogérien, le moment vécu est l'élément primordial. Avant la technique ou le savoir, c'est la qualité de la relation, sa profondeur, son authenticité qui vont compter.

L'authenticité

C'est la sincérité de la démarche du soignant. Elle signe la disponibilité du soignant pour celui qui s'exprime et se manifeste par la congruence des messages verbaux et non verbaux. Elle s'appuie sur la nécessité, pour le soignant, de gérer son ressenti vis-à-vis du patient et, s'il y a néanmoins des sentiments négatifs à exprimer, de les signifier au patient, mais de façon modulée et uniquement dans le but de les travailler.

L'empathie

C'est un processus psychologique qui nous permet de comprendre, d'assimiler et d'intégrer les affects que ressent l'autre, par comparaison à des

moments que nous avons pu vivre nous-mêmes ou que nous avons pu observer chez ceux que nous avons croisés⁷. C'est un rapprochement émotionnel qui permet la compréhension de l'autre par le ressenti et la représentation de son état mental. C'est la capacité de pénétrer dans l'univers subjectif de l'autre tout en gardant son objectivité. L'empathie est aussi appelée identification.

Pour Boris Cyrulnik⁸ l'empathie est une aptitude émotionnelle à se laisser modifier par le monde d'un autre. Cette attitude est en lien avec la « théorie de l'esprit » : capacité à se représenter le monde mental de l'autre. Cette capacité n'est pas innée, elle se développe progressivement pour s'établir vers l'âge de quatre ans. Avant l'enfant pense que l'autre pense comme lui, sait ce qu'il sait, il est incapable de se décentrer de lui-même. C'est une forme d'égoïsme. Un adulte parvient, à partir d'un indice minuscule, à se représenter les représentations de l'autre. Sa manière à peine plus raide que d'habitude de me dire bonjour me fait comprendre qu'il a quelque chose à me reprocher. Mais cette aptitude à imaginer ce que pense ou ressent l'autre peut se développer, s'améliorer, en particulier en ne se laissant pas influencer par ses propres états mentaux.

La considération positive inconditionnelle

C'est l'acceptation globale du patient quelle que soit sa personnalité ou son comportement. Cette acceptation implique le rejet de tout jugement mais ne consiste pas en un cautionnement sans réserve des actes qui auraient pu être posés. Si le patient a commis des actes répréhensibles ou réprouvés socialement, il convient évidemment de lui rappeler la loi et la place de l'autre lorsqu'il évoquera ces actes. L'acceptation est principalement dirigée vers l'univers affectif du patient afin de lui permettre de se révéler à lui-même, de s'accepter et donc finalement de changer.

À ces trois qualités indispensables constitutives de l'écoute active s'ajoute une dernière capacité : le *dépassement de ses difficultés personnelles et morales*, c'est-à-dire le silence du soignant concernant ce qui fait problème chez lui.

La reformulation : l'outil de base de l'écoute active

La reformulation est une technique qui consiste à renvoyer à un interlocuteur la substance de ce qu'il vient de dire, qu'il s'agisse de refléter des sentiments ou des faits. Elle facilite une meilleure compréhension réciproque.

Reformuler régulièrement présente de nombreux avantages dans une situation d'écoute. Cela permet tout d'abord de *ponctuer* le discours de l'autre et d'éviter ainsi d'être noyé par un flot d'informations difficilement

7 L. Morasz, A. Perrin-Niquet, J.P. Vérot, C. Barbot, *L'infirmier en psychiatrie*, Masson, Paris, 2004.

8 B. Cyrulnik, *De chair et d'âme*, Odile Jacob, Paris, 2006.

mémorisables. Cela permet ensuite, à l'écouter, de vérifier qu'il a compris ce que le locuteur a dit jusqu'ici, et donc de ne rien introduire de différent ou d'interprétatif dans ses dires, tout en lui signifiant *qu'il est compris*, ou au moins qu'un effort est fait pour le comprendre. *Cette visée compréhensive encourage le sujet à s'exprimer d'avantage* ou lui permet, s'il n'est pas d'accord avec la reformulation proposée, de préciser sa pensée. Enfin, reformuler permet à l'écouter de s'accorder avec celui qui s'exprime et donc de créer ainsi un meilleur rapport tout en jouant un rôle plus actif dans l'interaction.

Concernant le positionnement dans l'interaction, la reformulation implique à l'écouter de se centrer sur le vécu de l'écouter, sur ce qu'il éprouve dans la situation évoquée plus que sur les faits, donc plus sur la personne que sur le problème. Il s'agit de rechercher une meilleure compréhension de l'autre, ce qui exclut la volonté d'apprendre à l'autre, de le conseiller ou de montrer sa perspicacité.

Plusieurs types de reformulations peuvent être isolés, chacune nécessitant, c'est évident, une expérimentation progressive.

La reformulation reflet

Il s'agit de redire ce que le partenaire de l'interaction vient de dire mais en utilisant d'autres termes, considérés comme équivalents. Ce n'est donc pas seulement un écho.

Patient : « *J'étais inquiet en début de séance, je ne savais pas à quoi je devais m'attendre en participant... mais en voyant faire les autres ça a été mieux.* »

Soignant : « *Votre inquiétude du début s'est progressivement estompée ?* »

Patient : « *Oui... quand je ne connais pas, je pense toujours que je n'y arriverai pas... je sais que je n'ai pas assez confiance en moi.* »

Soignant : « *Vous voulez dire que vous avez des doutes sur vos capacités à réussir quand la situation est nouvelle ?* »

La formule classique de la reformulation reflet est donc : « *Si je vous ai bien compris, vous voulez dire que...* ».

La reformulation résumée

Il s'agit de synthétiser en quelques mots ce qui vient d'être dit.

Ces deux types de reformulations prouvent à l'auteur que l'on a saisi l'essentiel de ces propos. Elles permettent aussi un impact réflexif, l'auteur s'entendant dire ce qu'il pense.

La reformulation comme renversement du rapport figure-fond

Cette technique consiste à restructurer le discours amené par le patient. Il s'agit de reformuler en proposant un changement qui n'ajoute et ne retranche rien mais qui fait apparaître quelque chose qui était latent dans le discours du patient. Le but est de lui donner la possibilité de changer l'angle de sa perception et de lui permettre une compréhension nouvelle de ce qu'il vient d'énoncer.

Soigné (première séance de musicothérapie active) : « *J'ai mal vécu cette séance. Tous les autres participants connaissent les instruments, c'est facile pour eux. Moi j'avais l'air d'un âne, j'étais le plus nul.* »

Soignant : « *Cela a été difficile pour vous de ne pas être le meilleur.* »

La reformulation clarification

Il s'agit d'aider le patient qui exprime ce qu'il éprouve de manière directe, brute, heurtée, confuse à organiser son propos. Le but est de préciser, aussi bien pour le soignant que pour le patient, le sens des mouvements affectifs que le discours expose. Le travail du soignant relève, à ce niveau, d'un travail de traduction dans lequel il devra se méfier des interprétations car ce n'est pas à lui d'imposer du sens mais seulement d'en proposer.

Soigné : « *J'ai pas besoin de participer à ces séances. Je ne suis pas comme les autres, à toujours devoir parler de moi, je trouve cela parfois indécent, toujours moi, moi, moi. Pourtant, si vous saviez ce que je vis, je pourrais en faire un roman tellement la vie s'acharne sur moi. J'en aurais à raconter.* »

Soignant : « *Vous auriez des choses à nous dire mais vous ne vous y autorisez pas.* »

Soigné : « *Ce n'est pas une question d'autorisation, c'est que je trouve ça déplacé de parler toujours de soi alors que, c'est sûr, je sais que ça fait du bien.* »

Soignant : « *Vous semblez partagé entre l'envie de parler de vous et le besoin de rester discret.* »

La portée de la reformulation peut être renforcée grâce à quelques techniques de base de communication et en particulier de la programmation neuro-linguistique. La réutilisation des mots clés utilisés par la personne permet, par exemple, de rester dans son univers sémantique et d'augmenter l'impression de compréhension chez elle. De la même manière l'utilisation de ses gestes ou de ses postures peut permettre de créer un rapprochement, on parle alors d'accordage. Enfin il n'est pas inutile, pour l'écouter, de calibrer l'impact de ses interventions sur l'écouté, c'est-à-dire de rester attentif à ses réactions verbales mais aussi corporelles, afin d'adapter ces mêmes interventions.

Pour finir il nous faut aborder certains types de réactions, de réponses aux propos de l'écouté qui risquent de compromettre l'ouverture permettant l'expression.

L'évaluation, le jugement

Par exemple : « *Vous n'auriez peut-être pas dû...* ». Cette position hiérarchise la relation en valorisant celui qui juge et en dévalorisant celui qui est jugé. Le soignant s'attribue en fait des qualités morales supérieures au soigné et produit une sensation d'inégalité.

L'encouragement, la consolation

Par exemple : « *Votre situation est difficile, vous êtes courageuse...* ». La bienveillance démontrée par le soignant peut introduire une dépendance du patient qui va alors chercher à se faire plaindre pour obtenir à nouveau de la bienveillance.

L'interprétation, l'explicitation

Elles démontrent le savoir de l'aïdant et induisent un sentiment d'incompréhension. Par exemple : « *C'est la culpabilité qui vous interdit de...* ».

L'investigation

Elle est possible si le questionnement est dirigé vers un *éclaircissement sur le sens* des propos du patient. Par exemple : « *Que voulez-vous dire par, la situation s'est envenimée...* ».

Elle est à éviter si elle est centrée sur une *partie du discours* car elle induit nécessairement une sélection. Par exemple : « *Vous pouvez me raconter comment s'est passée cette rencontre...* ».

La résolution de problème

Cette dernière position n'est plus centrée sur la personne mais sur le problème, nous ne sommes plus alors dans l'entretien d'aide rogérien. Par exemple : « *Vous n'avez qu'à retourner le voir pour lui dire ce que vous pensez de lui...* ».

Ces types d'interventions ne sont pas à exclure totalement, ils peuvent tout à fait avoir leur place dans la relation au patient dans certains contextes mais ils ne se situent plus dans le cadre de la reformulation et de l'écoute active.

En revanche, il existe d'autres modalités de la relation interpersonnelle que la reformulation qui peuvent s'inscrire dans le cadre de l'écoute active.

Autres outils de la relation interpersonnelle

Le reflet

C'est une technique utilisée lorsque le patient ne parle que très peu ou lorsque, visiblement, ses attitudes non verbales sont en contradiction avec ses propos. Il s'agit de distinguer puis de nommer le sentiment qui affleure chez le sujet. L'objectif est de l'amener à verbaliser sur cette émotion. Par exemple : « *Vous semblez triste ce matin...* ». Si ce n'est pas le cas, le patient se contentera de réfuter ce sentiment. Il ne s'agit pas de faire un discours mais d'utiliser des interventions brèves, formulées en termes facilement compréhensibles pour exprimer le plus clairement possible le sentiment en question.

Lorsque le patient entend que son état émotionnel est reconnu par le soignant il n'a plus besoin de l'exprimer de manière comportementale et peut oser le traduire verbalement.

La focalisation

La focalisation est utilisée lorsque le sujet est dans l'incapacité d'exprimer un état affectif patent, alors qu'il verbalise facilement. Par exemple : lors de la reprise verbale, à la fin d'une séance de musicothérapie dans laquelle le patient était en difficulté pour participer, le patient dit : « *C'était bien, tout s'est bien passé pour moi, dommage que l'on n'ait pas essayé cet instrument là-bas...* ».

Pourtant, le patient a manifesté une réelle inhibition, visiblement douloureuse, lors de la séance.

Il s'agit alors de faire se *concentrer l'autre sur son état émotionnel*.

Par exemple :

Soignant : « *Je voudrais que nous revenions sur le moment où Jean (un autre patient de la séance) vous a proposé de vous lever pour bouger avec lui.* »

Patient : « *Je n'avais pas envie à ce moment-là, c'est tout.* »

Soignant : « *Essayez de nous dire ce qui vous a traversé l'esprit à ce moment.* »

Patient : « *Je ne sais pas.* » (mimique douloureuse)

Soignant : « *Vous vous sentiez comment ?* »

Patient : « *En fait j'aurais voulu ne plus exister... être transparent...* »

Soignant : « *Si vous deviez nommer un sentiment.* »

Patient : « *... Je ne sais pas, la honte, le mépris...* »

Soignant : « *Ce sont des sentiments forts, ils étaient accompagnés de pensées ?* »

...

Les objectifs de la focalisation sont les suivants :

- interrompre les verbalisations écrans, défensives, par lesquelles le sujet évite de parler de lui ;
- lui permettre de se réapproprier un affect qui lui appartient et qui l'a caractérisé dans une situation vécue ;
- globalement permettre au sujet de se réapproprier ses difficultés ;
- l'aider à travailler sur ces difficultés.

La synchronisation

Il s'agit de s'approcher du mode de communication de l'autre et de se placer au même niveau comportemental que lui en adoptant :

- un même ton et rythme de voix ;
- un même niveau de langue ;
- une gestuelle et une mimique en lien avec les siennes.

Le but est de créer un sentiment de proximité avec l'autre. En général, la synchronisation se fait naturellement chez le soignant. Il paraît évident de ne pas aborder la relation à un patient dépressif, par exemple, en se présentant à lui de manière très enjouée, dynamique, débordant de vie. L'image proposée ne pourrait que renvoyer le patient à sa propre absence d'énergie, de vie et renforcer son sentiment d'échec, d'incapacité. Bien sûr il ne s'agit pas de pleurer avec le patient, mais juste d'effectuer un travail d'accordage. Ce dernier est de toute façon naturel lorsque l'on utilise l'empathie.

La désynchronisation non verbale

C'est l'inverse de la position précédente. La désynchronisation est utile dans la gestion de l'agressivité. S'asseoir calmement et inviter son interlocuteur, qui s'agite, à le faire lui aussi peut désamorcer un moment agressif naissant. Il s'agit

cette fois-ci, d'amener l'autre à changer, en douceur, son mode de communication. (*Précision* : la gestion de l'agressivité nécessite parfois de se montrer ferme et déterminé.)

Le focusing

C'est proposer à la personne d'explorer son vécu intérieur à partir de ses sensations corporelles. Il s'agit de l'aider à prendre un temps de recul pour explorer une situation, non pas à partir d'informations rationnelles mais en utilisant des impressions, sensations, émotions, images.

Méthode. Il s'agit de partir des sensations qui sont plus facilement exprimables verbalement que des émotions :

- porter l'attention du patient vers ses sensations corporelles actuelles par rapport à une situation ou un problème évoqués. Par exemple : « *Quelles sensations vous traversent lorsque vous en parlez ?* » ;
- lui demander de repérer, préciser, décrire ces sensations telles quelles se manifestent sans les interpréter ni les juger. Par exemple : « *Ça vous fait quoi, c'est douloureux... précis... diffus...* » ;
- accompagner et encourager ce processus d'exploration interne : « *Quelles sont les images associées qui vous viennent à l'esprit ?* » ;
- le soignant pose ensuite des mots sur le ressenti, les images, les associations amenées par l'expérience du patient.

Les objectifs sont les mêmes que pour la focalisation.

Le questionnement

Il est possible, même si les techniques de reformulation sont toujours préférables, d'utiliser le questionnement surtout lorsque la parole du patient semble trop difficile.

Les questions ouvertes

« *De quelle situation voulez vous parler... ?* »

« *Comment voyez-vous la suite de... ?* »

Ce sont des questions qui respectent l'orientation du discours du sujet mais qui encouragent le processus exploratoire.

Les questions fermées

« *Êtes-vous d'accord pour que je vous accompagne dans cette démarche ?* »

Ces questions imposent une réponse par oui ou par non, elles sont incontournables pour contractualiser une démarche concrète.

Les questions à choix restreint

- « *Avez-vous refusé ou accepté... ?* »

La fonction de ces questions est de recadrer l'entretien, d'éclaircir un point précis.

Les questions à choix multiples

« *Vous avez ressenti à ce moment-là un besoin, un désir ou une obligation ?* »

Ces questions permettent de préciser un point particulier du discours, elles participent à aider le patient à y voir plus clair.

Les questions directes

« *Qui était avec vous à ce moment-là ?* »

« *Qu'avez-vous ressenti à cet instant ?* »

Ce type de questions permet de relancer le discours du patient en l'orientant. Elles sont utiles lorsque le sujet se décentre sans arrêt et qu'il parle de tout sauf de lui.

Les questions indirectes

« *Qu'en pensent les autres, autour de vous ?* »

Ces questions permettent de généraliser, de relâcher le niveau de l'implication quand celui-ci devient trop difficile pour le patient ou le soignant.

Les questions projectives

« *Que souhaiteriez-vous qu'il vous arrive... ?* »

« *Que lui diriez-vous si vous en aviez la possibilité ?* »

Ce sont des relances du mécanisme exploratoire.

3

Les éléments dynamiques, structurels et méthodologiques participant au processus thérapeutique

Les éléments dynamiques participant au processus thérapeutique

La liste des activités thérapeutiques à médiation ne sera jamais exhaustive. Tout support qui concourt à stimuler les fonctions cognitives, les compétences sociales, le corps et tout ce qui participe à solliciter l'imaginaire peut devenir médiation. À chaque fois l'impact thérapeutique sera le fait de différents mécanismes dont certains sont spécifiques et d'autres généraux. Les mécanismes spécifiques seront évoqués lors de la présentation des différentes activités. Nous allons présenter dans ce chapitre les mécanismes généraux qui sont actifs quelle que soit la médiation utilisée.

Ces mécanismes polyvalents peuvent tout aussi bien s'inscrire dans une dynamique sociothérapeutique que psychothérapeutique et peuvent donc relever du rôle propre comme du rôle prescrit. Il s'agit de la médiation, du groupe, du jeu, de l'espace transitionnel, de l'abréaction, de la régression, du transfert et de la parole.

Médiation et objet médiateur

Dans sa relation à l'autre souffrant psychiquement le soignant s'engage personnellement. Il est l'outil principal du soin qu'il construit. Il n'y a alors rien entre lui et le patient, c'est uniquement avec sa qualité d'être qu'il va tenter de modifier quelque chose de la qualité d'être du malade.

Il dispose cependant de la possibilité de médiatiser cette relation. La médiation est l'élément qui vient s'inscrire entre les deux termes d'une relation dans le but de la favoriser. Par opposition à l'immédiat, qui suppose à la fois continuité de temps mais aussi d'espace entre deux éléments, le média produit de l'intervalle, du différé. Cet espace (temporel et matériel) vient alors faire tiers, il protège du contact direct, il modifie quelque chose de la relation entre les deux termes. C'est aussi à l'intérieur de cet espace, libre de toute immédiateté, que peut se déployer le sens de ce qui se vit. Entre l'enchaînement immédiat de l'action et de la réaction vient s'inscrire, grâce à la médiation, le symbole (la pensée).

L'objet de médiation le plus évident et le plus efficace dans la relation inter-humaine reste avant tout la parole. Ce sont les mots qui vont faire tiers entre les sujets afin de les faire accéder à une compréhension mutuelle. L'utilisation d'un objet médiateur ne sera pertinente que lorsque la parole ne sera pas possible ou trop difficile.

L'objet médiateur permet donc de passer de la relation duelle à une relation à trois, le troisième terme de la relation n'étant pas sujet mais objet support. L'objet médiateur peut relever de différentes réalités.

Il peut être :

- un objet concret : jouet, pâte à modeler, instrument de musique, jeux divers, papiers, crayons, etc.
- une activité : marche, sport, jeu collectif, etc.
- un objet culturel : musique écoutée, tableau, dessin, cinéma, concert, etc.
- une activité culturelle : musique jouée, peinture, dessin, théâtre, jeu dramatique, jeu de rôle, etc.

Ce qui importe c'est que cet objet soit suffisamment malléable, transformable et solide pour résister aux manipulations de toutes sortes (comme cela est le cas pour la parole).

L'objet médiateur intervient à trois niveaux :

- au niveau intrapsychique, il vient susciter l'imaginaire et les affects ;
- au niveau inter-psychique à l'articulation entre les subjectivités de deux ou plusieurs personnes ;
- au niveau transitionnel, c'est-à-dire entre la réalité psychique subjective du sujet et la réalité extérieure objective partagée. Dans ce cadre, il fait référence à la notion d'espace transitionnel (voir plus bas).

Enfin, l'objet médiateur a différentes fonctions :

- une fonction symbolisante. Il permet de transformer le pulsionnel, l'affectif, le sensoriel en sens à travers son expression au sein des trois niveaux définis précédemment. Au niveau intrapsychique l'utilisation de l'objet médiateur permet de maîtriser affects et pulsions afin de les rendre acceptables voire compréhensibles. Utiliser un instrument de percussion ou de la gouache pour exprimer un affect est un premier travail de transformation qui va permettre, progressivement, de donner une forme à cet affect. Les niveaux inter-psychique et transitionnel vont, grâce à la rencontre avec l'autre, permettre de proposer un sens à cette forme ;

- une fonction de différenciation. Les possibilités d'utilisation de l'objet médiateur sont propres à chacun en fonction de ses capacités, de sa disponibilité, de son état d'esprit du moment. Cette différence dans l'utilisation de l'objet va fonder des différences interindividuelles ;
- une fonction pare-excitation, selon le terme de Didier Anzieu. La médiation permet de mettre deux (ou plusieurs) sujets en contact de manière indirecte. La relation à l'autre paraît alors moins dangereuse. Jouer la colère ou la joie sur un tambourin ou des congas avec un partenaire est possible et rendu sans danger grâce à la médiation. Le sujet peut explorer ses affects et la rencontre avec les affects de l'autre, sans se sentir en danger ;
- une fonction d'entraînement, liée à sa fonction de pare-excitation. Puisqu'elle rend l'autre moins dangereux, elle permet d'accepter plus facilement le jeu avec lui et stimule donc l'expression, la créativité ;
- une fonction structurante. La médiation a lieu dans un cadre précis, c'est-à-dire un espace et un moment donnés. Dans l'activité thérapeutique il existe des moments où l'on utilise l'objet de médiation et d'autres où on ne l'utilise pas. Cette alternance nécessite, pour le sujet, de maîtriser son expression en fonction des possibilités de la séance ;
- une fonction transitionnelle. C'est sa fonction la plus importante. C'est cet aspect qui permet au sujet d'éprouver en sécurité son vécu interne (sensations, affects, etc.), de le partager avec l'autre et de le confronter au vécu interne de l'autre lui-même exprimé grâce à l'objet transitionnel.

La place de l'objet de médiation

L'objet de médiation est un outil. Cela signifie qu'il n'a pas d'effet thérapeutique intrinsèque. La musique ou la peinture ne soignent pas, elles ne soulagent pas la douleur. En revanche, comme tous les objets liés à la création, elles stimulent l'imaginaire. Les objets artistiques, créés dans l'imaginaire de leur auteur, ont un impact sur l'imaginaire de celui qui les écoute ou les regarde. Cette action sur l'imaginaire constitue leur seule vertu. C'est parce que les objets de médiation stimulent l'imaginaire et qu'ils sont exploités dans un espace qui, lui, est thérapeutique, qu'ils vont participer d'une action thérapeutique. Cela signifie que faire écouter ou jouer de la musique ou peindre à un groupe de patients ne constituera pas, en soi, une activité thérapeutique. C'est uniquement parce que cette activité va venir médiatiser une relation entre des sujets, dont certains (les soignants) seront animés d'une intention thérapeutique, qu'il y a aura un effet thérapeutique. La médiation vient donc permettre à une intention de se réaliser : l'intention soignante.

Le groupe

Deux précisions s'imposent. Tout d'abord il n'est pas obligatoire d'utiliser une médiation dans le cadre d'un travail de groupe. Un travail en face à face peut très bien faire l'objet de l'utilisation d'un objet médiateur mais il s'agit alors

de médiatiser une relation duelle, ce qui n'entre pas dans le champ des préoccupations abordées dans cet ouvrage. Ensuite, nous considérerons le groupe comme un mécanisme (alors qu'intuitivement il apparaît plutôt comme une structure), parce que nous prendrons en compte à la fois la notion de pluralité et celle de dynamique.

Dans ce cadre, il est nécessaire de se pencher sur les deux aspects du groupe qui viennent jouer un rôle dans la qualité thérapeutique des activités à médiation. Nous aborderons donc tout d'abord ses effets en tant que phénomène global, c'est-à-dire en tant qu'espace d'expérimentation dessinant un contexte spécifique régulant la rencontre avec l'autre. Nous nous arrêterons ensuite sur l'impact inhérent à sa composition, c'est-à-dire sur le fait qu'il soit composé d'une pluralité d'individus.

Le groupe en tant qu'espace

Pierre Van Damme¹ propose une définition de l'espace constitué par le groupe sur laquelle nous nous appuyerons : « *L'espace groupal est ce qui structure les relations dans un groupe, ordonne ses rapports* ». Il propose un modèle de l'espace groupal intégrant cinq dimensions : « *l'espace réel (ou support) et quatre espaces métaphoriques qui vont s'étayer sur lui...* », *l'espace relationnel, l'espace imaginaire, l'espace social, l'espace symbolique*.

Cette construction d'un espace à cinq dimensions fait intervenir, dans une dynamique dialectique, une approche psychanalytique privilégiant l'espace affectif, imaginaire et symbolique, et une approche systémique, plus dynamique, qui privilégie davantage l'espace réel, relationnel et social.

L'espace support est représenté par le cadre matériel dans lequel évolue le groupe et qui va offrir un cadre à ses évolutions. C'est l'espace réel, physique. Il se compose d'éléments fixes : architecture, couleur et aspects des murs et du sol auxquels on peut ajouter l'éclairage, la qualité de pénétration de la lumière extérieure, l'acoustique, l'ambiance globale. C'est aussi le mobilier et l'équipement de la salle. Les qualités de cet espace support (fixe ou mobile) vont permettre le déploiement imaginaire des participants grâce à sa fonction contenant.

L'espace relationnel considère l'ensemble des interactions réalisées ou potentielles dans le groupe. Il se définit à travers une dimension structurelle et une dimension dynamique.

D'un point de vue structurel le groupe est organisé par les distances physiques proposées par E.T. Hall². Ce dernier a montré comment l'homme structure l'espace dans ses relations à l'autre. Il a ainsi défini quatre zones qui sont des sortes de bulles d'espace autorisées à notre corps et qui sont autant de

1 P. Van Damme, *Espace et groupe thérapeutique d'enfants*, Collection Interfaces, Desclée de Brouwer, Paris, 1996. (Dans son ouvrage, l'auteur parle des groupes thérapeutiques d'enfants, nous reprenons ses propositions dans le cadre de groupes d'adultes.).

2 E.T. Hall, *La dimension cachée*, Seuil, Paris, 1971.

territoires de valeur différente (*cf.* Les attitudes spécifiques de l'animation de groupes thérapeutiques).

Dans l'espace relationnel du groupe thérapeutique les contacts s'inscrivent dans les distances sociale, personnelle et intime en fonction des moments. Les interactions vont placer chaque participant en situation d'expérimenter la relation avec l'autre dans chacune de ces dimensions, créant la nécessité de passer de l'une à l'autre. La mise en jeu de chaque dimension nécessite un apprivoisement spécifique du rapport à l'autre, complexifié par le fait que dans un groupe un même individu peut s'inscrire à la fois dans un espace personnel avec un des membres du groupe et dans un espace social avec les autres. Il a donc plusieurs dimensions à prendre en compte simultanément.

L'aspect dynamique de l'espace relationnel concerne la qualité des interrelations. Elle est fortement tributaire des individus qui composent le groupe et de la qualité de la communication entre ces individus. Les affinités, les complicités et plus globalement la forme que prennent les interactions entre les participants : dynamique, inhibée, agressive, superficielle, passionnée, etc., créent à chaque fois des modalités d'expériences différentes.

Mais qu'il soit considéré du point de vue structurel ou dynamique, l'espace relationnel est caractérisé par sa souplesse puisqu'il doit pouvoir permettre les moments de retrait et les moments de contact ; il doit être à la fois stimulant et rassurant.

L'espace social comprend les places de chacun dans le groupe : leader, bouc émissaire, etc., et les rôles que chacun occupe dans la structure du groupe : conformiste, passif, actif, etc. C'est la cristallisation plus ou moins momentanée de l'espace relationnel.

L'espace symbolique est déterminé par le système de signes et de règles acceptées par le groupe. Ce sont tout d'abord les règles explicites : horaires, présence, comportements autorisés ou interdits, respect des consignes. Ce sont aussi les règles implicites, les manières d'être et de se comporter admises par le groupe, les modalités d'expression non verbales faisant sens pour tous et qui se sont progressivement agglomérées en code. Contrairement à P. Van Damme, nous aurions préféré appeler cet espace « espace de régulation » afin d'éviter la confusion avec l'aspect « symbolique » appelant à la notion de sens.

L'espace imaginaire est l'espace des contenus psychiques suscités, vécus, projetés et travaillés dans le groupe. Le déploiement de ces contenus imaginaires est favorisé par l'espace support mais aussi et surtout par les interactions entre les membres du groupe. Il se caractérise par les thèmes évoqués, les représentations décrites, les productions réalisées. Les contenus imaginaires vont se déployer grâce aux mécanismes de projection et d'introjction. Représentations, affects et fantasmes sont déposés au sein de l'espace groupal, ils sont interpellés, commentés, joués, repoussés avant de pouvoir être introjectés ou ré-introjectés, mais cette fois-ci mentalisés, c'est-à-dire chargés de sens et prêts à être inscrits dans l'histoire individuelle de chacun. Cet espace imaginaire est rendu possible grâce à l'existence des quatre autres espaces. L'imaginaire va se déployer parce

qu'il est contenu par un espace support, lui-même contenant des espaces interactionnels (relationnel et social) et symboliques (ou de régulation).

À ces cinq dimensions de l'espace groupal proposé par Pierre van Damme, il paraît intéressant d'en ajouter un sixième que nous pourrions appeler espace de symbolisation. Cet espace est un espace dynamique correspondant à l'effet de transformation des productions imaginaires ou réelles en symboles c'est-à-dire en sens. C'est dans cet espace dynamique que les affects et les comportements sont mis en sens grâce aux comportements et aux paroles proposées en réponses. Un moment d'anxiété vécu par un patient, repéré par un soignant (ou un autre patient) qui adapte son comportement pour le rassurer ou nommer ce qu'il semble vivre permet à ce patient de donner un sens à l'affect qui le traverse. Il y a transformation du vécu en sens et, suite à cette transformation, maîtrise de l'affect.

Cet espace de symbolisation est à différencier de l'espace symbolique proposé par Pierre Van Damme que nous préférons appeler espace de régulation et qui correspond aux règles produites et adoptées par le groupe.

Le groupe est donc tout d'abord un *contenant* permettant la délimitation d'un dedans et d'un dehors. Une fois le groupe rassemblé, il est relativement étanche et chacun y retrouve ce qu'il y avait laissé lors de la séance précédente. C'est une enveloppe qui permet aux membres du groupe de se sentir ensemble. « *C'est une trame symbolique, un réseau de réglementations implicites ou explicites, de coutumes établies, de rites, d'actes et de faits ayant valeur de jurisprudence, sur les assignations de places à l'intérieur du groupe, sur les particularités du langage parlé entre les membres*³. » Dans le groupe, les symptômes, au lieu d'être vécus dans l'isolement et la culpabilité, sont avoués, partagés. Ce qui est valorisé dans le groupe (contrairement à l'extérieur), c'est l'acceptation de la faiblesse, la tolérance à la régression, l'authenticité, l'expression émotionnelle, la spontanéité. C'est un contenant qui va permettre à la fois le développement d'interactions et le déploiement de l'imaginaire de chacun.

Le groupe est aussi un *contenu* (rendu possible par la fonction première de contenant) dans lequel se développent des faisceaux d'interactions. Dans le cadre de ces interactions, le groupe permet à chacun de ses membres d'agir dans le domaine réel même s'il s'agit d'une réalité reconstruite. Il impose la confrontation à la présence de l'autre, à sa volonté. La dynamique provoquée par l'animateur doit permettre au patient d'oser cette confrontation et lui permettre d'être présent dans l'ici et maintenant. Considéré à ce niveau le groupe peut être vu comme un *espace d'expérimentation*, presque dans une optique comportementale, fonctionnant selon le principe d'essais et erreurs. Le patient peut y faire l'expérience de sa relation à l'autre dans des situations « de laboratoire ». Protégé par la présence du soignant, par le cadre thérapeutique, par la mise hors du champ social et de ses enjeux d'intégration, le patient, grâce au groupe,

3 P. Van Damme, *Espace et groupe thérapeutique d'enfants*, Collection Interfaces, Desclée de Brouwer, Paris, 1996.

peut sortir graduellement des schémas relationnels que sa pathologie lui avait imposés. En réalisant cette confrontation à l'autre, dans un espace sécurisant doté d'un cadre régulé qui aura été progressivement intégré (manière de se tenir, respect de l'autre, libre expression, etc.), il permet au patient d'expérimenter les limites de sa relation à l'autre. Ainsi, une fois investi, le groupe devient un lieu de création et de réappropriation du lien avec l'autre.

Mais la fonction du groupe dépasse cette dimension empirique. Elle permet aussi de solliciter l'imaginaire, d'encourager l'expression des fantasmes, d'autoriser les débordements pulsionnels, voire de les encourager dans certains cas, mais avec la limite de ne pas aller jusqu'au passage à l'acte hétéro-agressif et la contrepartie d'autoriser le groupe à les exprimer en paroles. Pour Didier Anzieu, le groupe favorise la régression de ses membres⁴. Elle est observable notamment à travers « *le recours à des modes d'expression archaïque* » : signe infra-linguistique, posture du corps, jeux, et « *empruntés à l'expression des émotions ou aux premiers simulacres symboliques découverts par l'enfant dans ses jeux avec sa mère et son entourage* ».

Ainsi le groupe peut être vu comme un espace d'expérience et comme une matrice délimitant un espace, situé entre intérieur subjectif et extérieur objectif, où va pouvoir s'exprimer l'imaginaire de chaque participant. Mais, comme une matrice, il va œuvrer à la transformation de cet imaginaire en le confrontant au réel partagé et à la parole, qui vont travailler à le symboliser pour qu'il puisse être réincorporé en tant qu'expérience.

Le groupe est donc, pour Van Damme, un espace d'étayage du psychisme individuel. Il propose au sujet les appuis nécessaires qui lui font défaut psychiquement ; il s'agit donc d'un étayage externe.

Le groupe, une pluralité d'individus

En parallèle avec cette composante globale, dans laquelle le groupe est appréhendé comme un tout, il importe de prendre en compte son aspect composite caractérisé par la pluralité de ses membres.

C'est cette pluralité qui va permettre au groupe d'éponger l'expression d'éléments pulsionnels puissants : agressivité par exemple. En effet, il arrive qu'à trop bien favoriser l'expression, une certaine dose d'agressivité se manifeste. Cette dernière va alors être projetée sur les différents membres du groupe entre lesquels elle sera partagée. Le groupe a alors une fonction de détoxication car ce qui est projeté est réparti entre les différents participants, ce qui le rend supportable et donc plus facilement élaborable. Cette élaboration permettra une réappropriation des éléments projetés.

Allant plus loin dans cet aspect pluriel du groupe, Claudine Vacheret nous rappelle que l'individu est un groupe à lui seul, à son insu, puisqu'il est animé par un groupe interne composé des images intériorisées fruits de ses multiples identifications antérieures. En effet chaque sujet se construit grâce et sur

4 D. Anzieu, *Le groupe et l'inconscient*, Dunod, Paris, 1975.

des identifications à des figures importantes (parents, frères et sœurs, oncles, nounous, instituteurs, etc.), figures qui sont donc constitutives de sa personnalité et qui restent actives, même une fois devenu adulte, dans sa manière d'être au monde. Ces figures intériorisées sont intégrées à la personnalité, elles participent à sa structuration. Ce groupe interne modèle l'imaginaire du sujet et ses différentes faces peuvent être sollicitées par le groupe actuel, présent. Chaque membre d'un groupe thérapeutique voit alors son propre groupe interne convoqué par le groupe externe. Les possibilités transférentielles sont multipliées, le groupe externe (réel) proposant des possibilités de réaction beaucoup plus importantes que la situation de face à face. Chaque membre du groupe peut renvoyer à une image interne différente du sujet, ce qui potentialise la mobilisation transférentielle, on parle alors de diffraction du transfert.

Cette proposition rend bien compte de l'importance de favoriser les interactions entre les membres du groupe et de ne pas se limiter à des interactions soignant-soignés. Bien sûr, la gestion des mouvements affectifs suscités par cette confrontation de chacun au groupe est difficile et rend bien souvent évidente la nécessité d'être à deux pour animer.

Les indications du travail de groupe

Le groupe est indiqué pour les patients se présentant dans le registre du retrait, de l'inhibition, dans une impossibilité à imaginer et à dire. En effet, dans les pathologies psychotiques ou les inhibitions névrotiques graves par exemple, l'autre est considéré comme une menace dont il faut se protéger, éviter l'envahissement. Les relations sont alors réduites, la surface sociale investie au minimum, la vie intérieure surdimensionnée, le déploiement vital modique. Le travail de groupe aura pour fonction de stimuler la rencontre avec l'autre, de la rendre moins dangereuse, plus facile, voire productive ou gratifiante.

Mais le groupe est tout autant une indication pour les patients ayant choisi le registre du débordement pulsionnel, du passage à l'acte, de l'instabilité psychomotrice. Ces patients dont la frontière entre eux et les autres est poreuse sont en difficulté pour se contrôler. Le passage à l'acte est pour eux une répétition, sans fin, comme si c'était leur seule modalité d'existence. Le groupe, cette fois, va avoir pour fonction d'absorber les débordements pulsionnels, de les canaliser. Il permettra, grâce à l'expérience répétée du contact avec l'autre, au jeu, au faire semblant, à la verbalisation des agir, l'accès progressif au symbolisme et à la maîtrise de soi.

Pour finir il est important d'insister sur l'aspect provisoire du groupe. L'objectif final du soignant est l'autonomie du patient ; dans ce cadre le groupe ne doit être considéré que comme un espace et un temps d'étayage externe provisoire permettant au sujet de renforcer ses propres capacités de contenance et d'élaboration.

Le jeu

Le jeu a une place particulière dans l'expérience humaine, Winnicott en parle comme d'une expérience créative, mais une expérience créative précaire, éphémère, qui se situe sur une ligne entre le subjectif et l'objectivement perçu, entre le soi et le non soi. « Ce qui caractérise le jeu (collectif), nous dit-il, c'est la reproduction sur un mode ludique des relations interhumaines sans risque, selon des règles consenties à l'avance, avec des limites de durée et en canalisant l'agressivité⁵. » Le jeu est appréhendé comme un mode universel de communication, c'est en effet en jouant aux activités de la vie d'adulte que l'enfant apprend à devenir un homme, le jeu est épreuve (expérience), il prépare et introduit au monde social, habitue à envisager l'autre, à sortir de son égocentrisme⁶.

Le jeu est donc un mode d'être particulier, articulant le soi et le monde environnant, en lien avec les premières expériences et qui se perpétue tout au long de la vie. C'est un état potentiel, normalement convocable à tout moment, comme la conscience de soi, pour ce qui est de l'expérience interne ou la compréhension du monde, pour ce qui est du rapport à l'environnement. Cet état est une continuité discontinue. Continuité parce que l'espace du jeu investi par l'homme de cinquante ans est le même que celui qu'il investissait lorsqu'il avait deux ans ; il s'agit donc de la même aire d'expérience. Discontinuité parce que cette expérience est interrompue par des moments (parfois très longs) de non-jeu, imposés par l'existence. Lorsqu'un adulte joue une partie de ballon avec son fils ou à un jeu de cartes avec ses voisins ou encore fait de la musique avec un groupe d'amis, c'est à chaque fois la même expérience qu'il continue, celle qu'il avait débutée enfant avec ses petits soldats ou son jeu de marchand. Il en est de même pour la conscience de soi, qui n'apparaît que lorsqu'elle est convoquée volontairement. Le reste du temps, cette conscience d'exister disparaît derrière les préoccupations de l'existence. Pourtant à chaque fois qu'elle apparaît, elle est en lien avec toutes les autres expériences de conscience de soi vécues par l'individu. C'est ce lien, cette continuité d'expérience qui fonde le sentiment d'identité : je me sens moi aujourd'hui comme je me sentais moi hier. Bien sûr j'ai changé, j'ai ajouté des expériences à mon existence, j'ai enrichi mon sentiment d'être mais je sens bien qu'il s'agit du même moi qu'il y a dix, vingt ou trente ans. Je me sens le même. Mon appréhension du monde se développe de la même manière. Je peux, bien sûr, trouver le monde différent à dix ans et à quarante ans, il sera plus sûr ou plus inquiétant, plus mystérieux ou plus limpide, plein d'espoir ou sans illusions mais ce sera, pour moi, le même monde que mon expérience me permettra de voir différemment. Expérience de soi, expérience du monde et expérience de l'entre-deux (le jeu) sont des continuités qui évoluent et qui font lien tout au long de l'existence.

5 D.W. Winnicott, *Jeu et réalité*, Gallimard, Paris, 1993.

6 J. Verdeau Paillès, M. Kieffer, *La musicothérapie*, Editions Fuzeau, Bressuire.

Jouer est donc une expérience indispensable de l'existence. Bien sûr la place de l'expérience ludique est bien plus grande pour l'enfant que pour l'adulte. Cependant, si pour l'enfant le jeu est un mode d'intégration de la personnalité permettant « d'apprivoiser » la vie, d'affronter et d'assimiler l'expérience réelle dans un univers à taille réduite, sans risque, il en est en partie encore de même pour l'adulte. Le jeu permet en effet à tout âge de s'adapter à la réalité, à la diversité et à la complexité des expériences humaines. Il permet au sujet soit de souscrire aux obligations sociales soit, au contraire, de sortir de la maîtrise indispensable à l'activité sociale et de se libérer du contrôle de soi qu'exige en permanence le contact interhumain. Erving Goffman postule l'existence de deux faces distinctes caractérisant le fonctionnement interhumain. Une première face, qu'il appelle « scène », recouvre l'espace des échanges sociaux avec l'autre : c'est l'espace professionnel, l'espace des rencontres culturelles, du sport, de la vie de tous les jours dans laquelle nous côtoyons des inconnus ou des non-intimes. Et puis il existe l'espace intime, « la coulisse » dans laquelle nous évoluons seul ou en compagnie de nos intimes, familles ou amis proches. Ces deux espaces renvoient à l'adoption de statuts et de rôles différents mais aussi à des façons variées de jouer certains rôles et statuts. Être un père (statut) qui rencontre un professeur pour faire le point sur l'année scolaire de son fils n'impose pas la même composition (rôle) qu'être un père jouant avec ce même fils à un jeu de ballon. D'un côté le rôle appelle le sérieux, le rappel aux exigences sociales, aux respects des engagements et des normes ; de l'autre côté, il s'ouvre à l'envie de gagner, à la compétition, peut-être à la tentation de tricher. Mais dans les deux cas il s'agit de « jouer » un rôle, c'est-à-dire d'adopter un ensemble de comportements externes mais aussi de dispositions internes qui vont venir colorer l'interaction. Aucune des deux interprétations n'est plus vraie que l'autre, aucune n'est plus représentative du sujet que l'autre. Le naturel semblera peut-être plus prégnant en situation de jeu ludique mais ce qui va fonder la normalité du sujet c'est sa bonne adaptation à chacune des situations qu'il rencontre. Bien sûr dans la deuxième situation (jeu ludique) le sujet *semblera* certainement se laisser plus aller, il perdra une partie du contrôle qu'il exerce sur lui-même et, en un mot, se laissera prendre au jeu. Mais il en est tout autant de même face au professeur qui, s'il se montre trop dévalorisant ou, au contraire, s'il lui révèle les manquements de son fils, pourra provoquer un mouvement d'agacement ou de colère non feinte renvoyant à un abaissement du contrôle de soi du père. Nous vivons tous en permanence des moments sociaux ou intimes dans lesquels nous nous engageons entièrement, avec ce que nous sommes de passionné, de séducteur, de coléreux, d'exigent, de contradictoire, etc. Le jeu est bien cette expérience créative se situant sur une ligne entre le subjectif et l'objectivement perçu, ce moment d'être dans lequel nous ne sommes plus tout à fait en nous mais pas totalement hors de nous, cet espace qui à la fois nous prolonge et pénètre dans l'espace extérieur et partagé. C'est dans cet espace particulier que

nous nous mettons en scène pour participer à la vie avec l'autre. C'est dans nos façons de jouer nos différents rôles que nous laissons s'exprimer les différentes facettes qui composent notre personnalité ainsi d'ailleurs que les traits communs de ces multiples facettes, c'est-à-dire les traits stables de notre personnalité.

Le jeu n'est donc pas l'amusement ou plutôt pas *seulement* l'amusement. Le jeu existe à chaque fois que nous vivons pleinement un moment de vie partagé même si celui-ci est particulièrement douloureux ou contraignant. Jouer c'est donc s'abandonner au plaisir du jeu avec l'autre, jeu distractif, jeu de séduction, c'est aussi s'emporter face à une injustice ou se laisser aller à la tristesse lors d'une séparation.

Ainsi le jeu peut être compris comme l'adaptation créative aux événements de vie que traverse le sujet. Jouer c'est s'adapter, mais pas seulement adapter un comportement pour qu'il colle aux situations traversées, c'est aussi, et cela sans le décider consciemment, adapter les réactions affectives qui correspondent aux situations. Jouer c'est disposer de la capacité de se mettre en colère, de rire, de pleurer ou d'avoir peur quand la situation l'exige, c'est être pleinement dans la vie et en correspondance avec les événements de cette même vie.

À l'inverse, ne plus pouvoir jouer c'est être dans l'incapacité de ressentir l'affect adapté à la situation, c'est rire d'un événement triste, plonger dans la colère quand la situation devrait l'exclure. C'est aussi être dans l'incapacité d'agir en lien avec la situation : dire non quand il le faudrait, refuser le contact quand il est nécessaire. L'incapacité peut passer par la crispation sur un seul rôle excluant tous les autres (rigidité psychique), par l'incapacité d'investir un seul rôle et rester en permanence hors rôle, c'est-à-dire, sans investissement réel dans l'existence (dépression) ou encore par une mauvaise évaluation des situations vécues (délire, carence préconsciente), ou enfin l'incapacité à jouer peut résulter d'une difficulté à considérer l'autre comme sujet (état limite). Mais l'impossibilité de jouer (et donc de s'adapter aux situations de l'existence) peut aussi résulter d'un manque de savoir-faire et d'une incapacité à se laisser aller à vivre certaines tonalités affectives : ne jamais pleurer, ne jamais se mettre en colère, etc. (conséquence éducative).

La disposition à jouer et donc à vivre pleinement l'existence se construit progressivement. Si l'enfant intègre ses premières expériences grâce à leur reproduction en taille réduite dans le jeu, il doit commencer par construire sa capacité à jouer. C'est son environnement, par ses qualités sécurisantes, qui lui fournit (ou pas) cette capacité à expérimenter la vie par le jeu. Il doit ainsi pouvoir se laisser aller à se perdre dans le jeu parce qu'il sait son environnement sûr mais aussi parce que les figures d'identification qu'il va côtoyer sont stables et suffisamment rassurantes. Il intègre alors progressivement dans son jeu chacune des figures rencontrées dans son quotidien : la douceur d'une mère, la rigueur d'un père, la confiance en soi d'un oncle, la complicité d'un frère, la duplicité d'un copain, etc. Chaque figure expérimentée lui fournissant un modèle d'identification qui sera, puisqu'intégré, ultérieurement

convocable. C'est le jeu de ces identifications qui lui permettra, ultérieurement, de s'investir dans des situations de vie de manière entière, avec conviction, tout en restant soi. S'il n'a pas développé cette capacité à jouer, soit parce que son environnement, instable, insécurisant, chaotique, l'a obligé à rester en permanence en alerte et ne lui a pas permis de se laisser aller, soit parce que ses modèles d'identification n'étaient pas suffisamment diversifiés, il évoluera avec difficultés dans le monde des relations interhumaines.

L'activité thérapeutique devra donc rendre possible le jeu à un groupe de sujets pour lequel il est difficile ou impossible. Il s'agit donc de créer un environnement sûr. Dans ce cadre il est facile de comprendre que la notion de technique (de dessin, musicale, etc.) est à exclure car elle renforce les défenses, la nécessité de faire selon des normes, l'impression d'évaluation et de jugement. La technique est donc préjudiciable au laisser-aller indispensable au jeu et à l'être soi.

L'espace transitionnel

Pour localiser la place particulière du jeu dans l'expérience humaine, Winnicott définit un *espace transitionnel* : « *espace intermédiaire entre la réalité intérieure et la réalité extérieure* ». Cet espace persiste tout au long de la vie, il est occupé par des activités ludiques et *créatrices*. Il a pour fonction de soulager l'être humain de la tension constante suscitée par la mise en relation de la réalité du dedans et de la réalité du dehors. Cette aire intermédiaire d'expérience est en continuité directe avec l'aire de jeu du petit enfant « perdu » dans son jeu.

Nous l'avons dit le jeu ne correspond pas seulement à l'action de jouer (distraction) mais à tout ce qui touche à la créativité. Cette dernière n'étant pas à prendre dans sa composante artistique, ou en tout cas pas exclusivement, mais bien dans son acception adaptative. Être créatif c'est répondre de manière constructive, intéressante, adaptée aux événements de l'existence quels qu'ils soient. C'est ressentir l'émotion qui correspond à une situation traversée (qui n'est pas nécessairement la même pour tous), poser l'acte qui répond à cette situation, interagir, participer à modifier la situation s'il le faut et participer à se changer soi, même progressivement, si la situation résiste ou se reproduit trop souvent. Jouer c'est s'adapter.

Mais si le jeu est une aire d'expérience permettant l'adaptation créative aux situations interhumaines, c'est aussi une aire d'observation de la vie intérieure de l'individu. Montre-moi comment tu joues, je te dirai comment tu vis. Le jeu est une expression de la vie intérieure, il exprime les capacités conscientes d'adaptation mais aussi les composantes inconscientes d'engagement dans l'existence. Ce qui est exprimé dans le jeu signifie quelque chose de l'individu. Les attitudes d'ouverture, de repli, l'engagement vers l'autre, la facilité à entrer et à sortir des interactions duelles, la fermeté des positions relationnelles, la fluidité des réponses aux sollicitations, l'adaptation, tous ces éléments s'expriment dans l'espace transitionnel dans lequel s'inscrit le jeu et participent à la caractérisation de l'individu.

L'activité thérapeutique va donner vie à l'espace transitionnel dans lequel se déploie le jeu. En permettant et en participant au jeu, dans des moments de régression partagée, le thérapeute (l'animateur) participe à créer cet espace où l'adulte se laisse aller à jouer et à expérimenter son rapport à l'autre, au monde. Il n'existe, dans cet espace, pas de risque à se révéler et à révéler ce que l'on comprend du monde extérieur. L'espace intermédiaire peut ainsi être vu comme un lieu autorisant le déploiement de la vie psychique du patient ou comme une scène sur laquelle vont se manifester les aménagements de cette vie psychique (affective ou cognitive). Le patient, bien qu'adulte, se replace dans la situation du petit enfant « jouant » le monde pour mieux l'appriivoiser, jouant ses sentiments, ses sensations pour mieux les accepter. Alors qu'il se trouve bien souvent dans une répétition compulsive et stérile lors de sa participation au monde, quand il n'est pas dans le retrait, il prend conscience qu'il peut vivre des moments différents et féconds et que ceux-ci lui procurent du plaisir sans culpabilité.

L'espace transitionnel va être le lieu où seront projetés des éléments de vécu sous la forme de mimiques, de postures, de gestes, de rôles, de souffles, de cris, tous ces agir participant de l'expression de mouvements affectifs inexprimables verbalement mais agissant sur l'individu. La prise en compte de ces agir par l'autre, par des réponses du même ordre dans un jeu relationnel, participe à leur donner du sens. Puisque mon cri, exprimant ce que je ne peux pas exprimer avec des mots, est repris par l'autre dans une attitude qui y répond, c'est qu'il est compris, c'est qu'il a du sens. Je vais alors continuer cet échange, aiguisant progressivement le sens de mes gestes expressifs, pour moi comme pour l'autre. Il existe donc, dans cet espace transitionnel, une mise en sens progressive des éléments d'expression qui y sont déposés. Le groupe sert d'objet d'étayage externe à chacun de ses membres grâce au jeu qui est en fait le mécanisme par lequel cet étayage est possible, l'espace transitionnel étant, comme son nom l'indique, le lieu où se produit cet étayage, entre soi et non-soi. Chaque patient réintrojecte ce qu'il a placé dans l'espace intermédiaire et qui aura été transformé par l'activité de pensée du groupe. C'est tout le travail d'étayage de l'activité préconsciente qui permet la transformation du primaire en secondaire grâce aux capacités de symbolisation du groupe. La répétition des séances et des expériences de manière progressive permet au patient d'intérioriser le mécanisme étayage ; c'est la fortification de son moi.

Bien sûr l'entrée dans une séquence de jeu peut libérer des affects et des comportements qui semblent inadaptés aux situations vécues dans la séance. Ainsi de l'agressivité, des moments de régression, des pleurs, de l'angoisse peuvent apparaître lors d'une interaction et sembler inadaptés ou disproportionnés. Il ne s'agit pas alors, pour le soignant, de corriger ce qui est présenté pour tenter de le rendre adapté dans l'intention d'apprendre au sujet la bonne réponse à la sollicitation. Il s'agit de rendre possible une réaction et ensuite de la travailler. La travailler en temps réel, ce qui signifie pour le soignant être là, disponible pour accompagner le moment, rassurer, participer à l'interaction et y résister

sans se laisser attirer ou aspirer dans l'ambiance émotionnelle et, pourquoi pas, nommer les affects apparents. Il s'agit de montrer que donner du sens, par une attitude adaptée (ou des mots), à des affects, permet de les maîtriser, de les rendre efficaces dans la relation à l'autre, dans l'existence.

Le jeu, dans cet espace transitionnel, peut ainsi émerger dans n'importe quelle activité de groupe, il est d'ailleurs à rechercher activement. Ce qui va donner à ces moments de jeu une dimension psychothérapeutique c'est la volonté (l'intention) de les considérer comme des aires d'expérience et d'élaboration de la vie psychique. Au contraire si le soignant se contente de faire vivre au groupe des moments de jeu partagés, sans viser ce travail d'élaboration, il restera au niveau de l'expérience, du vécu dans l'intention de soutenir, d'enrichir les capacités relationnelles et expressives du patient, c'est l'intention sociothérapeutique.

Il est, dans tous les cas, nécessaire de revenir sur ce qui a été vécu, plus tard, à distance, à la fin de la séance pour que des mots soient mis sur l'expérience, qu'elle prenne sens et s'inscrive dans l'histoire du sujet (psychothérapie). Les séances devront donc toujours prévoir un temps où des mots seront mis sur les scènes jouées antérieurement. Cette mise en mots provoque un retour sur soi, une réappropriation de la créativité exprimée et une transformation du vécu psychique.

Les différentes phases du jeu en situation thérapeutique

Bien sûr il ne suffit pas de décréter que la situation se prête au jeu pour que, dans le cadre de l'animation d'un groupe de patients, tous se mettent à jouer. La maladie psychique, parce qu'elle réduit les possibilités sociales et relationnelles, diminue la capacité du sujet à jouer. Le malade n'étant pas assis confortablement en lui-même il ne peut gérer avec efficacité la relation à l'autre, il ne peut investir totalement sa place dans l'espace des relations à l'autre. Jouer, c'est-à-dire s'engager dans la diversité de l'existence, c'est aussi s'engager dans ses risques, risques de déconvenues, d'incapacité, d'inadaptation, de difficultés. La relation à l'autre, si indispensable au sujet, nécessite une assurance intérieure, une définition de soi, une délimitation d'autrui dont le malade ne dispose pas suffisamment. Il ne se risque pas alors à la relation, réduit sa place sociale et perd progressivement la capacité à jouer (c'est-à-dire à s'adapter de manière créative) avec l'autre dans les situations de l'existence.

Il faudra donc l'amener progressivement, dans le cadre d'un travail de groupe, à entrer dans la relation à l'autre, à oser la prise de risque du contact. La première phase sera une phase d'exposition qui lui permettra de se montrer tel qu'il le souhaite en gardant le contrôle sur lui. C'est aussi une phase d'affiliation, de mise en confiance mutuelle dans laquelle le sujet s'ose avec retenue au jeu avec l'autre, investit l'espace transitionnel avec superficialité, préférant l'inhibition à l'échec possible. Ce sera l'observation de l'autre et son absence de jugement qui l'ouvriront à l'échange avec moins de retenue. Lorsque le patient aura fait l'expérience qu'il est toujours accepté et respecté, pour lui-même, et dans sa totalité, il osera le jeu de manière plus authentique.

La phase suivante est une phase de décharge. Ayant confiance en l'autre, il prend confiance en lui et se lance dans le jeu. Il investit les situations relationnelles sans retenue, y prenant plaisir, vivant en temps réel ce que le contact ouvert avec autrui peut lui procurer. Bien sûr son adaptation aux situations relationnelles n'est pas parfaite. Son contact peut être maladroit, brusque, voire agressif. Ses affects n'évoluent pas aussi vite que les situations d'échange : l'excitation d'un moment vif perdure et vient percuter le calme du moment suivant, l'intensité vécue d'un échange avec un partenaire de jeu empêche le détachement nécessaire pour investir l'échange avec un autre. Les mouvements d'approche et de retrait vis-à-vis de l'autre sont mal adaptés, massifs, sans nuances, ils enfoncent le patient trop profondément dans l'échange, mobilisant comportements et affects de manière disproportionnée obérant les possibilités de passage d'un échange à un autre. C'est la difficulté de symbolisation qui est à l'œuvre, l'impact de l'affect n'étant pas maîtrisé par la mise en sens.

Cette phase de décharge permet cependant l'expression des conflits internes du patient, de ses failles dans la relation à soi et révèle ses difficultés à investir le monde de la relation. Tout cela est vécu, mis en scène et permet au sujet de faire l'expérience à la fois du plaisir de la relation à l'autre mais aussi de sa difficulté. Ce qui fait différence avec le milieu extérieur c'est qu'ici tout se passe dans un espace qui exclut le danger, espace circonscrit, protégé, espace d'expérience où l'essai, l'erreur, l'inadaptation, l'inefficacité sont possibles.

La troisième phase est celle de la synthèse, de la conscience de soi et de la reconstruction.

La mise en acte de ses difficultés, vécues, observées et commentées par le groupe, l'observation de l'autre présentant les mêmes difficultés que lui, la présence soutenant et nommant des soignants et du groupe, tout cela participe à l'intégration progressive des expériences vécues par le patient. Il ne s'agit pas de relever ce qui dysfonctionne dans sa capacité à jouer la relation à l'autre ; il s'agit de lui permettre de prendre conscience de ce qui se passe mal, de ce qui l'empêche d'investir le champ du relationnel de façon productive. Il pourra ainsi soit ré-expérimenter et modifier sa relation à l'autre afin de l'ajuster (sociothérapie), c'est ce que nous définirons dans le cadre des activités centrées sur le maintien et la reconstruction des compétences sociales, soit intérioriser progressivement les capacités de maîtriser ses affects (symbolisation), soit, enfin, éclaircir et modifier les mécanismes inconscients qui obèrent ses capacités (c'est la psychothérapie).

L'abréaction⁷

L'abréaction est une décharge émotionnelle par laquelle le sujet se libère de l'affect attaché au souvenir d'un événement traumatique. C'est une voie

7 J. Laplanche, J. B. Pontalis, *Le vocabulaire de la psychanalyse*, 4^e éd., Collection Quadrige, PUF, Paris, 2004.

qui permet au sujet de réagir à un événement et d'éviter que celui-ci ne garde un quantum d'affects trop important. Freud notait en 1895 : « *C'est dans le langage que l'homme trouve un substitut à l'acte, substitut grâce auquel l'affect peut être abrégé presque de la même manière* ». L'abréaction est un phénomène courant des situations thérapeutiques. Le patient amené à évoquer des événements pénibles ou douloureux ne peut pas retenir la montée des affects liés à ces souvenirs plus ou moins proches. Cette décharge émotionnelle produit un apaisement presque systématique en réduisant la tension psychique, mais aussi physique, du sujet. Le soignant peut alors en rester là, le bénéfice est suffisant, l'entretien ou l'activité de groupe peut continuer, c'est la dimension sociothérapeutique. Il peut aussi choisir de travailler sur ce qui a été exprimé ; dans ce cas la reprise verbale de l'événement évoqué, la recherche de liens, d'une mise en sens, fondent alors l'intention psychothérapeutique. Si les éléments exprimés sont travaillés afin d'être inscrits dans l'histoire de l'individu, nous sommes au sein de la psychothérapie stricte.

Les termes abréaction et catharsis sont souvent employés en qualité de synonymes. La catharsis est en fait une méthode psychothérapeutique utilisée par Freud avant qu'il ne construise la cure psychanalytique telle que nous la connaissons aujourd'hui.

La régression⁸

Dans le cadre du *développement* mental, la régression est le retour du sujet à des états psychiques antérieurs et dépassés de sa croissance ; tant au niveau du développement de la pensée ou des relations d'objet que de la structuration de son comportement. Dans le cadre du *fonctionnement* mental, la régression est un retour momentané à un niveau de fonctionnement psychique ou relationnel antérieur et dépassé en termes de développement. Prise dans ce sens, la régression est un phénomène psychique courant, ne signant pas un état pathologique, si elle est temporaire et réactionnelle. Par extension nous appelons régression toute situation dans laquelle l'individu abandonne son comportement habituel, et en particulier le contrôle qu'il exerce sur lui-même, pour adopter un mode de comportement moins contrôlé. D'un point de vue psychique on peut considérer que, dans la régression, le fonctionnement psychique n'est plus de type secondaire, c'est-à-dire que les mouvements affectifs et pulsionnels ne sont plus symbolisés.

La régression en situation de soin survient lors de moments de jeu réussis, pendant lesquels chacun, soignant comme soigné, va se laisser aller à vivre le moment présent, à investir l'espace transitionnel. Cette notion de régression partagée est importante, elle signe en effet la nécessité dans laquelle se trouve le soignant d'accompagner le patient dans cette régression. Bien sûr le soignant doit garder à tout moment le contrôle sur lui. Il entre dans le jeu, éprouve, ressent,

8 J. Laplanche, J. B. Pontalis, *op. cit.*

sort des cadres habituels de comportement, bouge, danse, chante, laisse libre court à sa créativité, mais il reste un professionnel en situation soignante. S'il n'y a pas accompagnement du soignant sur la pente de la régression, le patient gardera lui aussi le contrôle sur lui. Ce n'est que parce que les autres participants, soignés comme soignants, oseront la créativité, qu'il l'osera lui-même.

Là encore, si le soignant se contente de faire vivre au groupe un moment de créativité, de plaisir, d'échange, de liberté vis-à-vis des symptômes, il reste au niveau de l'expérience, dans une dimension sociothérapeutique. Si au contraire il exploite le moment vécu, s'il l'inscrit dans le langage, le secondarise, le rend signifiant, il entre alors dans une *visée psychothérapique*. Il est inutile de préciser que dans ce cas, ce qu'il a vécu lui, soignant, ne fait pas l'objet d'une exploitation, seul le matériel amené par le groupe de patients est exploité.

Le transfert

Le transfert est le phénomène par lequel un sentiment éprouvé pour un objet est déplacé vers un objet différent. Dans le cadre psychanalytique le terme d'objet représente tout ce qui est extérieur au sujet ; une personne est donc objet pour le sujet. Mais le transfert, en plus de ce déplacement d'un objet vers un autre, induit un déplacement temporel. Il devient alors répétition, au présent, d'événements psychiques que l'individu a déjà une fois vécus. Par le transfert celui-ci nous montre le noyau de son histoire intime et la reproduit de façon palpable, présente, au lieu de s'en souvenir. Ce qui se jouait autrefois est rejoué dans la relation transférentielle, cette situation fournit alors au thérapeute un matériel particulièrement fécond qu'il peut exploiter en le révélant au patient et en l'interprétant.

Dans ce cadre il importe, pour nous soignants, de savoir que des figures importantes de la personne que nous avons en face de nous interviennent inconsciemment dans la relation que nous construisons avec elle, mais il importe tout autant de connaître les figures qui, de notre côté, participent à notre relation à l'autre. Les transferts et contre-transferts auxquels nous avons à faire dans le cadre de nos relations thérapeutiques doivent en tout cas nécessairement faire l'objet d'un travail d'élucidation ou, si cela n'est pas possible, il importe au moins de garder à l'esprit leur existence et leur influence sur la relation actuelle.

Notons que le contre-transfert est l'ensemble des effets inconscients activés par le soignant en réaction au transfert du soigné.

L'objet de relation

L'objet de relation a la même fonction que l'objet transitionnel, mis à part que ce dernier permet le lien entre le sujet et le monde (le subjectif et l'objectif, l'interne et l'externe), alors que le premier s'inscrit entre deux ou plusieurs sujets. Une feuille support au dessin de plusieurs personnes, un texte lu en

groupe, une motte de glaise transformée, une balle servant à organiser un jeu de passes, vont mettre en relation plusieurs protagonistes, permettre l'expression en évitant la rencontre directe avec l'autre. L'objet permet d'externaliser ce qui se joue entre plusieurs personnes.

La parole

La parole a tout d'abord une fonction cathartique et, dans ce cadre, permet la mise en dehors des conflits et des doutes du sujet et lui permet de décharger une part de la pulsionnalité qui l'habite. Elle fait donc lien entre deux personnes et autorise l'appui sur l'autre, autre porteur de soutien mais aussi de possibilités de compréhension. Dans ce cadre elle permet la distanciation et l'élaboration et rend possible le passage d'un fonctionnement primaire à un fonctionnement secondaire, ce qui a tout de même le mérite de donner du sens aux événements vécus, internes ou externes et d'éviter les passages à l'acte. Boris Cyrulnik⁹ nous signale qu'aujourd'hui la neuro-imagerie vient confirmer ce rôle de la parole dans son contrôle sur l'action. Celle-ci nous révèle, en effet, que lorsqu'une personne en observe une autre effectuer une action intéressante, certaines aires de son cortex sont activées comme si elles s'apprêtaient à réaliser la même action. Mais, dans le même temps, puisque la personne n'a pas l'intention d'agir, cette action est empêchée, ce qui se remarque à l'activation d'une autre aire corticale proche de la première. Cette activité cérébrale entre une disposition à l'action et son inhibition entraîne l'activation d'une troisième aire corticale qui, elle, supporte le langage. Cela signifie qu'action et parole sont liées, l'inhibition de la première stimulant la seconde, ce qui permet de supposer que l'inverse est vrai, c'est-à-dire que la parole peut inhiber l'action. Parler peut donc éviter de passer à l'acte, c'est exactement ce que nous avons décrit à travers les processus de mentalisation liés à l'activité préconsciente.

Les éléments structurels participants au processus thérapeutique : stratégies thérapeutiques

Les activités thérapeutiques sont des actes de soins qui fondent le processus thérapeutique. Elles ont donc un impact sur le patient soit en favorisant certaines de ses compétences, relationnelles, cognitives, corporelles, soit en renforçant ses capacités de mentalisation.

Mais une activité thérapeutique ne peut pas être un acte de soin isolé. Dans le cadre d'une prise en charge dans une institution relevant du système de santé publique il existe toujours une articulation entre celui qui effectue le soin et l'institution dont il relève. Cette institution est au minimum incarnée par un médecin, responsable de la structure de soins dans laquelle se déroule l'acte, et

9 B. Cyrulnik, *De chair et d'âme*, Odile Jacob, Paris, 2006.

dans la majeure partie des cas par un cadre qui est représentant de l'autorité du directeur de l'institution. Ce rattachement institutionnel revêt une importance fondamentale. Tout d'abord bien sûr au niveau juridique, rappelons que le directeur est co-responsable des actes réalisés dans son établissement, mais aussi et surtout d'un point de vue symbolique. Ce n'est pas un soignant isolé qui soigne, c'est un professionnel soutenu par une institution, institution qui garantit au public considéré un certain niveau de compétence, des moyens, une régulation, etc. Ce qui a lieu au sein de l'activité doit avoir une réalité, exister en dehors du temps de son déroulement. Elle doit être parlée, prévue, encadrée, faire partie d'un rythme de soins, même si ce qui s'y passe reste du registre du secret professionnel.

Ces activités doivent donc impérativement s'intégrer dans un dispositif plus large. Elles se développent tout d'abord dans un espace spécifique, le (ou les) *cadre(s) de soins*, c'est-à-dire un ensemble de règles. Elles s'intègrent ensuite dans une stratégie, sorte de plan d'action décliné pour chaque patient en fonction de son histoire et de ses besoins, c'est le *projet de soins*. Elles font l'objet d'un accord entre patient et soignant portant sur leurs engagements respectifs, c'est le *contrat de soins*. Enfin elles sont coordonnées par un soignant particulier pour chaque patient, c'est la *fonction de référent*.

Le cadre de soins

Le cadre de soins est l'ensemble des règles constituant la frontière délimitant l'espace à l'intérieur duquel se déroulent les rencontres entre soignants et soignés.

Sa fonction est de constituer un socle stable sur lequel peut se dérouler le soin. En effet le soin est un processus permettant le passage d'un état (de maladie, souffrance, etc.) à un autre (bien-être, autonomie, etc.). Ces termes de processus et de passage introduisent la notion de mouvement qui, par définition, n'est possible que parce qu'il s'appuie sur une base stable, solide. Tout mouvement nécessite un socle immobile à partir duquel il peut avoir lieu, sur lequel il prend appui. Dans le processus du soin, ce socle c'est le cadre. Ce terme de cadre renvoie cependant à différentes acceptions.

Le cadre institutionnel

Cela comprend le service et ses règles, ses murs, ses horaires, ses professionnels. Ce cadre possède une fonction structurante et contenante, on peut parler à son égard d'enveloppe institutionnelle. Il contient physiquement et psychologiquement en proposant une stabilité, une continuité, un rythme, une prévisibilité, une protection.

Le cadre de soins

Mais le cadre peut aussi être spécifique à un acte de soin : face à face, activités de groupe, accompagnement. Il aura alors principalement une fonction de

contenance psychique, en travaillant à soutenir le moi de l'individu par une inscription dans le réel (sociothérapie), ou en participant à son évolution par étayage de la pensée (psychothérapie).

Caractéristiques de fond et de forme

Dans tous les cas le cadre proposé agira de manière implicite, on parle de référence implicite agissante, et il devra présenter des qualités particulières pour permettre l'ouverture thérapeutique. Il sera alors à la fois élastique et résistant, souple et contenant, déformable et solide, ces qualités lui permettant de contenir tout en épousant la pluralité des personnalités et des symptômes des personnes prises en charge. Mais sa qualité première est la permanence. Même remis en cause ou attaqué, il doit résister. La maladie, la violence, l'institution, l'urgence, le découragement vont en permanence l'étioler, le menacer. Il ne devra pas être modifié pour autant, il est garant de la continuité, du même, qui sont indispensables pour permettre l'évolution. Le cadre est une instance tierce qui s'exprime à la fois sur les champs matériel, réel et symbolique.

Le contrat de soin

Le contrat de soins est un engagement mutuel entre le patient et un ou plusieurs soignants. Si les soignants s'engagent à offrir un certain niveau de soins au patient, ce dernier s'engage à participer et à travailler sur ses difficultés. La notion d'engagement permet de rendre le patient acteur de ses soins et d'améliorer sa compliance aux soins. Bien sûr le contrat est en lien avec un projet de soins individuel qui va déterminer les termes du contrat. Pour l'infirmier le projet de soins individuels porte un nom, c'est la démarche de soins.

La place de l'activité thérapeutique dans le projet de soins

Jean Pierre Boutinet¹⁰ laisse entendre que l'anticipation du futur permet de prendre du recul sur le présent et de le vivre d'une manière moins subie. Dans le cadre du soin, prévoir nécessite un travail d'analyse du présent, analyse qui permet de définir le problème (diagnostic), d'évaluer les ressources mobilisables et d'élaborer un objectif. Ainsi le projet permet l'anticipation et donc la construction de solutions aux problèmes en se dégageant de la réaction et de l'improvisation.

Jean-Pierre Boutinet rappelle que le mot projet vient du latin *projicere*, jeter en avant. Il propose plusieurs éléments essentiels qui rentrent dans la définition du projet.

- il anticipe et oriente l'action ;
- il permet l'élaboration avant l'action, ce qui favorise des actions plus efficaces ;

10 J.P. Boutinet, *Anthropologie du projet*, PUF, Paris, 1993.

- il permet une définition claire des intentions ;
- il conduit à se poser des problèmes de sens au regard de l'action à entreprendre : sens-direction à prendre ; sens-signification à dégager. Ces questions favorisent le confort existentiel de l'acteur lui-même ;
- il permet de prendre des décisions fondées sur des choix réfléchis.

En psychiatrie le projet permet d'éviter l'engluement des réponses dans les distorsions temporelles entre un temps qui s'étire sans fin, le temps de la chronicité et un temps qui s'affole, le temps de la crise. Dans le même ordre d'idées, le projet permet de sortir le soignant de la répétition, du semblable, de la réaction automatique, ritualisée et standardisée ; il permet de créer de l'inédit.

Enfin le projet redonne de l'initiative aux acteurs et leur permet de prendre conscience qu'ils ont à leur disposition des possibilités d'action inexploitées.

Pour Pierre Goguelin¹¹, un projet est aussi l'image mentale d'une situation dont on attend qu'elle se réalise, c'est donc d'abord un avenir imaginé et souhaité. Pour Jean-François Dortier¹² le projet suppose de transformer les aspirations vagues et floues en images précises. Il requiert un objectif précis et une stratégie, une démarche, qui débouche sur l'action.

En prenant appui sur ces différents auteurs, nous pouvons affirmer que le projet donne une valeur supplémentaire aux actes professionnels, qu'il ajoute du sens, qu'il permet de sortir du subi et donc de devenir auteur.

Nous décrirons dans la partie consacrée à la méthodologie de la démarche réflexive l'outil infirmier spécifique de cette dimension de projet : la démarche de soins.

La notion de référent du patient

La notion de référent est à mettre en lien avec la dimension collective du soin. En effet, dans l'institution psychiatrique, le soin est par nécessité collectif puisqu'il relève d'une pluralité d'acteurs. Cette pluralité est principalement prégnante en hospitalisation en temps plein puisque c'est l'ensemble des soignants composant une équipe qui sera en situation de soigner un même patient. Cette pluralité répond à la contrainte de continuité, mais elle introduit de la confusion pour le patient comme pour le soignant. Le premier change d'interlocuteur plusieurs fois au cours d'une même journée et le second ne peut pas toujours être informé en temps réel de ce qui s'est joué précédemment entre ce patient et ses collègues. La solution technique permettant de minorer au mieux les écueils de cette pluralité est la notion de référent. Plusieurs qualités peuvent définir le rôle du référent. C'est tout d'abord celui qui s'extrait du bloc équipe pour prendre une position particulière, différenciée en ce qui concerne son référent. On n'est plus alors dans l'indifférenciation. C'est ensuite

11 P. Goguelin, Comment faire naître un projet, in revue *Sciences humaines* n° 39, 1993.

12 *Idem*.

un interlocuteur privilégié pour la personne soignée. Il individualise la relation, et cette individualisation devient un élément actif de la thérapeutique, c'est une valeur ajoutée à la relation thérapeutique. Le référent est aussi un repère pour la famille et l'entourage. Enfin, il joue un rôle important au niveau des autres professionnels en informant, en stimulant la réflexion et en veillant à la coordination des actions mises en œuvre dans le cadre des soins dispensés à un malade.

Les éléments méthodologiques participant au processus thérapeutique : démarche réflexive et raisonnement diagnostique

But et fonction de l'écrit

Le savoir infirmier concernant le soin en psychiatrie¹³, peu étayé par la formation initiale, est un savoir informel, intuitif, empirique et non académique. Ces caractéristiques l'empêchent de trouver sa place entre les savoirs formels et universitaires des autres acteurs en santé mentale que sont, en particulier, médecins et psychologues. Pourtant ce savoir informel permet à l'infirmier d'asseoir une pratique qui jusqu'ici a prouvé son efficacité. Il serait donc juste que cet ensemble de connaissances sur l'homme, sur la maladie et sur le soin soit enfin reconnu comme l'un des éléments incontournables du paysage thérapeutique du soin en santé mentale.

Mais cette reconnaissance ne s'effectue pas toute seule, il est nécessaire de la stimuler en la montrant et en la revendiquant. L'écrit est un outil tout à fait pertinent pour construire cette reconnaissance. Indispensables pour *partager l'information* et pour *permettre l'évaluation*, pour peu qu'ils soient structurés, les écrits sont aussi des *éléments* importants *de la reconnaissance* des actes réalisés. Ce sont en effet presque les seules traces qui restent, d'ailleurs très longtemps, après qu'ont eu lieu les actes de soins qu'ils relatent. Les lecteurs des écrits professionnels, à travers les dossiers de soins, sont majoritairement les infirmiers eux-mêmes, mais aussi les autres intervenants du système de soins : travailleurs sociaux, psychologues, médecins et, de plus en plus aujourd'hui, les patients eux-mêmes ainsi que leur famille. À travers ces écrits, les lecteurs se construisent une image du rédacteur. Si l'approximation, la description, l'absence d'analyse clinique et la pauvreté théorique dominant, alors l'image offerte sera pauvre, à peine professionnelle. Si, au contraire, analyse et synthèse se répondent, si les éléments observés sont liés à une histoire de vie ou à

13 L'évolution de la formation initiale de l'infirmier vers un cursus LMD n'a pas permis d'améliorer le caractère opérant des soins spécifiques à ce champ d'activité. Au contraire, puisque la diminution des heures d'enseignements théoriques et cliniques spécifiques ont été diminués et que dans la grande majorité des cas les actes ne sont toujours pas enseignés.

une hypothèse théorique, si la trace d'un raisonnement apparaît, alors l'image proposée sera riche et professionnelle.

Ainsi, « *les écrits servent à renseigner – c'est leur fonction première –, mais aussi à médiatiser la reconnaissance d'une certaine valeur professionnelle. Il est alors indispensable qu'ils rendent compte de la richesse réflexive de l'action infirmière comme de la pertinence de ses actes, et qu'ils ne restent pas limités à la description. Poser une analyse, oser une hypothèse ou un questionnement, c'est prendre un risque, le risque de se tromper, mais c'est aussi et surtout, pour l'infirmier, l'occasion de démontrer son intelligence professionnelle*¹⁴. »

La démarche réflexive

La démarche réflexive de l'infirmier s'articule autour de deux dimensions apparemment contradictoires, les dimensions analytique et synthétique.

La dimension analytique s'appuie sur une observation disjonctive du patient. Elle considère le sujet à travers ses différents niveaux de fonctionnement de manière séparée :

- ses symptômes ;
- ses besoins ;
- ses différents niveaux d'inscription sociale (famille, travail, etc.) ;
- ses capacités (cognitives, conatives, relationnelles) ;
- son histoire ;
- les différents aspects de son comportement.

Cette première dimension s'articule avec une seconde, synthétique, à travers laquelle le patient est considéré comme une entité globale. Il s'agit alors de regrouper tous les aspects cités ci-dessus et d'appréhender la personne de manière unifiée, entière, non disjointe. Si la première dimension différenciait la personne de sa maladie, des problèmes afférents à cette maladie, de ses ressources, la seconde englobe individu, symptôme et ressources dans un même tout.

« *L'articulation pertinente de ces deux dimensions de prise en compte de l'individu représente une réelle difficulté. Une position trop analytique ne permet pas de considérer et de comprendre un individu mais seulement un comportement, un symptôme, un besoin, un moment de cet individu, et entraîne une compréhension incomplète de ce dernier et une démarche soignante inefficace. Au contraire, une position trop globalisante ou trop unifiée du sujet risque d'entraîner une appréhension confuse, imprécise et, là encore, de conduire le soignant à réaliser des actes de soins peu efficaces car mal ciblés. Les démarches relatives à ces deux dimensions de discernement relèvent de mécanismes intellectuels contradictoires et souvent difficilement conciliables*¹⁵. »

14 J. Merklings, *Le métier d'infirmier en santé mentale*, Seli Arslan, Paris, 2007.

15 *Idem*.

Le positionnement professionnel le plus pertinent consiste à réaliser « *un mouvement permanent d'aller et retour entre analyse et synthèse qui permette de construire une image du patient qui soit à la fois précise et opératoire. Il s'agit de collecter des éléments d'information sur le patient, par l'observation (éléments objectifs), et par la relation (éléments subjectifs), puis de les articuler pour se constituer progressivement une connaissance unifiée de ce patient*¹⁶ ». Pour réaliser ce travail d'articulation entre le spécifique et le global, il est nécessaire de s'appuyer sur un guide permettant d'orienter l'observation de manière objective. Sans un guide opératoire, ce sont les éléments les plus visibles, voire les plus dérangementants, qui vont prendre le plus d'importance, alors que d'autres éléments, moins saillants, risquent d'être laissés de côté. C'est alors le comportement du patient qui guide l'observation du professionnel.

« *Il ne s'agit pas de réduire l'homme à une liste de besoins, mais simplement de définir préalablement à l'observation ce qu'il est nécessaire d'observer. Ce n'est pas au patient de dicter l'observation du professionnel, car il ne montre qu'une partie de ce qu'il est, et d'ailleurs bien souvent une partie différente en fonction des endroits, des personnes ou des situations. C'est au professionnel de décider des informations qu'il a besoin de posséder pour comprendre la personne qu'il a face à lui*¹⁷. »

La dimension analytique

Ce niveau d'observation nécessite d'utiliser un outil tel qu'une *grille d'observation* (voir [tableau 3.1](#)) fondée sur différents niveaux d'observation et d'analyse : global, affectif, cognitif, relationnel, moteur, etc. Chaque niveau est assorti d'une liste d'items détaillant l'observation. Cette liste n'est en rien exhaustive, elle doit être ajustée en fonction des types de patients observés. Il est sûrement possible que dans un service de psychogériatrie les éléments à observer, ou en tout cas leur hiérarchisation, ne soient pas de même nature que dans un service de pédopsychiatrie ou dans un service accueillant des patients porteurs de psychoses chroniques. Il est nécessaire d'adapter les items et les catégories figurant dans cette grille à l'activité visée. Cela implique de construire une grille à partir de celle qui est présentée ci-dessous, en fonction de la spécificité des situations.

Encore une fois, en fonction des situations, seule une partie de cette grille peut être utilisée.

La dimension synthétique

L'observation analytique (clinique) est la première partie de la démarche de connaissance et de compréhension du patient. Pour obtenir une connaissance opératoire de ce dernier et accéder au raisonnement diagnostique, il s'agit ensuite de fondre ces éléments séparés en une image synthétique et globale dans

16 J. Merklings, *op. cit.*

17 *Idem.*

TABLEAU 3.1. Grille d'observation

<p>Fonctionnement global du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impression générale - Surface sociale - Place dans le groupe de patients - Alliance thérapeutique
<p>Dimension cognitive</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mémoire : récente, ancienne - Orientation : temps, espace - Discours - Concentration, attention - Compréhension - Organisation des activités - Pensée : <ul style="list-style-type: none"> • organisation (capacité à catégoriser) • rumination • autocritique • opérations de base (calcul, lecture, écriture) • interprétation • ralentissement, accélération - Volonté : <ul style="list-style-type: none"> • initiative • capacité à prendre des décisions • activité - Capacité à faire de nouveaux apprentissages
<p>Dimension motrice et corporelle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrôle de soi - Motricité - Contrôle gestuel - Expression gestuelle <ul style="list-style-type: none"> • stéréotypies • spontanéité, liberté gestuelle • maîtrise gestuelle - Occupation de l'espace - Indépendance, latéralité, coordination - Capacité de se détendre - Image de soi - Mimique - Hygiène - Schéma corporel - Alimentation : <ul style="list-style-type: none"> • hygiène alimentaire • gestion du budget • autonomie dans la préparation des repas • appétit
<p>Dimension sociale, relationnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relation à l'autre : <ul style="list-style-type: none"> • qualité du contact • rôle et intégration dans le groupe • présentation • relation aux soignants • savoir-faire relationnel

TABLEAU 3.1. (Suite)

<ul style="list-style-type: none"> – Comportement : • attitude globale • respect du cadre • participation, adhésion à l'activité • cohérence du comportement
<p>Dimension affective</p> <ul style="list-style-type: none"> – Thymie : • abattement • découragement • lassitude • stabilité – Indifférence affective – Estime de soi : • autodépréciation, • surestimation – Confiance en soi – Douleur morale – Irritabilité – Anxiété – Suggestibilité – Émotivité – Plaisir – Créativité, adaptation : • imaginaire • désir, intérêt, curiosité

laquelle l'intuition et l'expérience vont prendre une place prépondérante en travaillant à unifier les éléments disparates recueillis et à leur donner un sens. « *Intuition et expérience (cliniques) permettent de replacer le patient dans sa dimension d'individu et de ne pas seulement le considérer comme un ensemble d'éléments disjoints, car c'est dans tous les cas d'un sujet qu'il s'agit et non pas d'un ensemble de symptômes ou de signes*¹⁸. »

Cette dimension globalisante s'appuie elle aussi sur un outil, c'est le *projet de soins individuel*. Ce dernier permet d'articuler les multiples éléments d'observation récupérés, d'en faire la synthèse et de leur donner du sens. Le projet n'est rien d'autre qu'un outil permettant l'accès au raisonnement diagnostique qui nécessite de concilier analyse, c'est-à-dire capacité d'abstraction, de disjonction et de logique, avec synthèse, c'est-à-dire capacité de saisir le monde de manière analogique, intuitive et globale.

« *Le raisonnement diagnostique repose donc en grande partie sur une méthodologie appuyée sur deux types d'outil : une grille d'observation garantissant un regard analytique rigoureux ; un projet de soins permettant de faire la synthèse des éléments observés. Ces outils sont à élaborer collectivement au niveau*

18 *Idem*.

des établissements, des secteurs ou des services, leur élaboration devant avant tout être guidée par leur qualité pratique et opératoire¹⁹. »

La démarche de soins : l'outil du raisonnement diagnostique

La démarche de soins est simplement un procédé opératoire permettant d'anticiper, de soutenir et d'évaluer le travail de soins.

La notion de démarche de soins est liée à celle de projet de soins, la démarche étant la méthode supportant le projet. D'un point de vue méthodologique la démarche de soins se présente comme l'articulation de cinq étapes progrediantes :

- *identifier les besoins* de la personne (à partir d'une observation à la fois analytique et synthétique) ;
- *poser un diagnostic infirmier* ;
- *formuler des objectifs de soins* ;
- *mettre en œuvre les actions* appropriées ;
- *évaluer les actions entreprises*.

En résumé, il s'agit d'observer, d'analyser, de se fixer un ou des objectifs et d'agir.

Concernant le diagnostic infirmier, sa définition précise qu'il s'agit d'un jugement clinique porté sur les conséquences d'une maladie. Il permet donc d'identifier une réaction singulière d'un patient à une pathologie et introduit, de fait, une nécessité d'analyse. Il est fondamental de ne pas se laisser enfermer dans une liste de diagnostics hermétique et rigide mais de choisir, dans un même service, par exemple, des énoncés diagnostics simples et évocateurs.

La démarche de soins est donc un outil méthodologique permettant de construire un projet de soins individualisé et d'orienter l'action à entreprendre vis-à-vis d'un patient et de sa manière de vivre sa maladie.

Pour finir, voici un essai de définition de la démarche de soins qui ne doit être lu que comme une proposition.

Définition de la démarche de soins

La démarche de soins est un modèle de projet de soins individuel pour le patient s'inscrivant dans le cadre du rôle propre infirmier. C'est un outil opératoire fondé sur une observation des besoins perturbés et une analyse de cette observation, analyse qui permet de dégager un diagnostic infirmier, de définir des objectifs de santé ainsi que des moyens pour les atteindre. Cette démarche permet une évaluation des actions entreprises, puisqu'elle oriente les soins relatifs au rôle propre ; elle permet aussi d'apporter une cohérence aux soins des différents membres du groupe infirmier. Inscrite dans le dossier du patient, elle est consultable par tous les intervenants intéressés et devient ainsi un élément de cohérence.

19 J. Merklings, *op. cit.*

Les cinq étapes de la démarche de soins

Le recueil des données

C'est une étape d'*observation* portant sur des données observées, on parle alors de données objectives, et sur des éléments apportés par le patient, on parle de données subjectives. Cette observation peut (doit) s'appuyer sur une grille spécifique.

L'analyse

C'est l'étape *intellectuelle* pendant laquelle les données recueillies sont confrontées aux savoirs théoriques et cliniques afin de produire un diagnostic infirmier (jugement clinique sur les réactions d'un individu à une maladie ou un problème...). Cette étape est la plus importante, c'est celle qui permet de donner du sens à l'observation et de définir le ou les problèmes qui doivent être traités. En plus de l'énoncé du problème le diagnostic porte sur les causes et les manifestations de ce même problème.

La fixation d'objectifs

C'est l'étape *stratégique* lors de laquelle sont définis, en collaboration avec le patient, les buts poursuivis par le processus de soins. Les objectifs doivent être dictés par la modestie et la possibilité d'être mesurés.

La détermination des moyens (et leur mise en œuvre)

C'est l'étape *pragmatique de réalisation*. Les moyens utilisés doivent impérativement correspondre aux problèmes traités et donc aux besoins du patient.

L'évaluation

C'est l'étape *qualitative*, elle passe par un nouveau recueil de données. Suite à ce nouveau recueil de données, soit le processus de soins n'est plus utile car l'évaluation met en évidence que le patient n'a plus besoin de soins, soit les soins sont encore nécessaires et le cycle repart à travers les quatre étapes : analyse, fixation d'objectifs, de moyens et évaluation.

Il s'agit donc, à travers cette démarche, de savoir ce que l'on traite, jusqu'où et comment on pense le faire. Cela peut correspondre à un document très synthétique.

Le champ d'application de la démarche de soins

La démarche de soins est à la fois une démarche de projet et une démarche d'analyse clinique. Cette double démarche nécessite du temps pour son élaboration et, à ce titre, doit être réservée aux situations complexes. Heureusement de nombreuses situations, même en psychiatrie, peuvent être analysées de manière rapide par un infirmier expérimenté. Il est fondamental que le raisonnement sur laquelle cette démarche est assise, à savoir : observation, analyse, objectifs,

action, évaluation, soit intériorisé par les professionnels afin de devenir quasiment automatique.

L'évaluation des activités thérapeutiques de groupe

C'est une évidence que de relever la difficulté d'évaluation des actes de soins relationnels. Leur caractère intersubjectif, spontané, non directif les rend impalpables, difficilement formalisables. Toutefois, si l'on considère l'évaluation comme une mesure comparative, il peut être possible de mesurer leur efficacité. En effet, dans ce cadre, *« évaluer revient à mesurer l'écart entre le prévu et l'observé, entre ce qui était constaté hier et ce qui est vu aujourd'hui. En ce sens, évaluer les soins dispensés à un patient revient tout simplement à comparer ce que montre de lui ce patient à un moment T et ce qu'il en montre à un autre moment T1. Plus l'image du patient à l'instant T, initial, sera précise, plus il sera facile de la comparer à une autre image, intermédiaire ou finale. Pour évaluer les soins dispensés à un patient, la solution consiste donc à disposer d'images précises de celui-ci, ce qui est rendu possible par l'utilisation de grilles d'observation. Il est évidemment nécessaire que la grille d'observation initiale soit identique à celle qui servira à mener l'observation à une semaine, un mois ou un an d'intervalle. C'est seulement à cette condition que devient possible la comparaison et, donc, l'évaluation²⁰. »*

Une grille d'observation (*cf.* Raisonnement et synthèse cliniques : la dimension analytique) permet en fait de savoir, à l'avance, ce que l'on va observer chez le patient en isolant et séparant différents thèmes – expression affective, comportement, fonction cognitive, présentation générale, abord relationnel –, ces thèmes comportant chacun autant d'items que nécessaire. Il est évident que l'aspect fortement disjonctif lié à l'utilisation d'un outil de ce genre doit être complété par une remise en forme globale des informations obtenues, c'est-à-dire par un travail de synthèse. La grille est seulement une sorte de photographie du patient qui permet de conserver une trace objective de ce dernier, une référence stable.

L'évaluation n'est pas encore une pratique courante dans les services de soins psychiatriques. Elle permet pourtant au professionnel de poser un regard sur les actes qu'il réalise et sur leur efficacité. Même si cela est parfois douloureux ou déroutant, elle permet d'orienter différemment une pratique si cela est nécessaire. Sans évaluation objective à l'aide d'outils spécifiques (grilles), on ne peut que se contenter de constater que le patient va mieux ou moins bien. L'évaluation s'effectue alors de manière totalement subjective, sur des impressions plus ou moins partagées, plus ou moins forcées par le besoin de lit ou l'envie de voir le patient hors des murs ou de mettre un terme à son suivi.

20 J. Merklings, *op. cit.*

Analyse des jeux transférentiels dans la relation : la supervision

Les soins en psychiatrie impliquent le soignant non seulement dans sa qualité de professionnel mais aussi dans sa qualité de sujet. L'outil du soin est l'individu lui-même, qu'il agisse dans le cadre d'entretiens de face à face, de contacts impromptus ou d'activités thérapeutiques de groupe. Ce positionnement, dans lequel le sujet est investi totalement, est très impliquant. Il y a alors nécessité de travailler sur cette implication afin de lui donner du sens, mais aussi de la réguler, de la circonscrire dans les limites du supportable, pour le soignant comme pour le patient.

C'est là que peut se révéler utile un travail de supervision, c'est-à-dire une analyse de la pratique soignante portant sur sa dimension relationnelle. La supervision permet une mise à distance en offrant la possibilité d'introduire du tiers dans l'intersubjectivité de la relation au patient. Elle stimule le cheminement réflexif de chacun et autorise le partage des avis ou des impressions sur ce qui est vécu. Elle rend possible la lecture des phénomènes émotionnels et des mouvements affectifs en jeu dans les relations thérapeutiques. Cette lecture plurielle, partagée, confrontée et débattue, même si elle ne permet que rarement un déchiffrement satisfaisant, offre toujours un soulagement, car elle révèle l'égalité avec l'autre, le collègue, dans la difficulté de compréhension inhérente à la dynamique interhumaine²¹.

La supervision permet de donner du sens à un épisode particulièrement remuant ou à une situation qui s'étire et dont on ne voit pas la fin et qui n'apparaît être qu'une répétition de séquences toujours identiques. Elle rend possible une compréhension qui jusqu'alors paraissait exclue.

21 J. Merklings, *op. cit.*

PARTIE II

Les activités thérapeutiques à visée sociothérapeutique

(art. 6, alinéa 2, relatif au rôle propre
infirmier du décret de compétences du
29 juillet 2004)

4

Les activités centrées sur le maintien et la reconstruction des compétences relationnelles et sociales

Éléments conceptuels

La relation à l'autre passe invariablement par la nécessité de communiquer avec lui, c'est-à-dire d'échanger des informations. Pour les systémiciens il est impossible de ne pas communiquer. Être présents dans un même espace avec quelqu'un nous oblige à communiquer avec lui, même si c'est pour lui manifester de l'indifférence. Cette manifestation est déjà une information. Si je me trouve dans la salle d'attente d'un médecin avec un autre patient je peux entrer en communication avec lui de manière active (le saluer, engager la conversation sur des sujets superficiels, etc.). Je peux aussi déployer des attitudes qui vont lui signifier que je ne veux pas entrer en relation avec lui (ne pas le regarder, prendre une revue, jouer avec mon téléphone). Cette absence de geste de contact reste très expressive sur le plan de la communication, le message délivré est très clair : je ne veux pas échanger avec lui.

Pourtant, même si elle est incontournable dans la relation à l'autre, la communication ne repose pas sur des capacités innées ; elle s'apprend. La plupart du temps cet apprentissage s'opère pendant l'enfance grâce à la socialisation.

La socialisation

La socialisation est le processus par lequel l'individu intériorise un certain nombre de dispositions qui vont façonner ses manières d'agir, de penser, de sentir. Ces dispositions sont progressivement intériorisées grâce à l'expérience et à l'apprentissage formel (règles et normes exprimées explicitement) mais surtout grâce aux

injonctions informelles actives en permanence dans les interactions du sujet avec son environnement. C'est dans l'effort qu'il réalise pour s'adapter jour après jour à son environnement que l'enfant s'imprègne des manières d'être et de faire des autres. C'est par l'observation et l'ajustement permanent dans ses interactions avec les autres (surtout ceux qui comptent sur le plan affectif pour lui) qu'il prend en compte et intègre les normes que lui prescrit son environnement. Il va se structurer progressivement autour de ces prescriptions implicites qui vont orienter sa capacité à être, à sentir, à ressentir, à communiquer. Bien sûr ces prescriptions vont composer avec les caractéristiques innées de sa personnalité.

La socialisation participe donc à la construction du sujet et représente l'influence de l'environnement sur celui-ci. L'enfance, et en particulier l'enfance précoce, représente la période la plus intense de la socialisation. Mais celle-ci se prolonge tout au long de la vie à travers les différents environnements et rôles que traverse l'individu, dans son travail, son quartier, sa famille, les diverses associations auxquelles il participera.

La communication

La communication peut être définie comme l'action d'échanger des informations ou des connaissances avec quelqu'un par le biais d'une relation. Cette action est un processus constitué de plusieurs étapes et de différents éléments.

Shannon et Wiener (1949) ont décrit un modèle de communication comprenant six éléments (fig. 4.1) :

- un émetteur ;
- un canal d'informations (la voix, l'écriture, le corps, le téléphone, etc.) ;
- un récepteur ;
- un code (une langue, un code numérique, la gestuelle, la posture, etc.) ;
- un message (un ensemble d'informations) ;
- du feed-back (un message en retour de la part du récepteur).

L'absence d'un seul de ces six éléments risque de rendre inefficace le processus de communication.

Les variables de la communication

La communication est un processus complexe et fragile. Tous les éléments constitutifs d'une séquence de communication, émetteur, récepteur, canal, message et code sont susceptibles de générer des distorsions qui peuvent compromettre l'efficacité de la séquence. Dans une séquence de communication, chacun des protagonistes est tour à tour émetteur et récepteur, et peut donc introduire des difficultés en lien avec différentes variables.

Les variables en rapport avec l'émetteur

Le cadre de référence de l'émetteur

C'est son arrière-plan culturel, ses opinions, ses valeurs, son savoir. Ce cadre de référence préforme les messages émis et leur donne une couleur, une tendance.

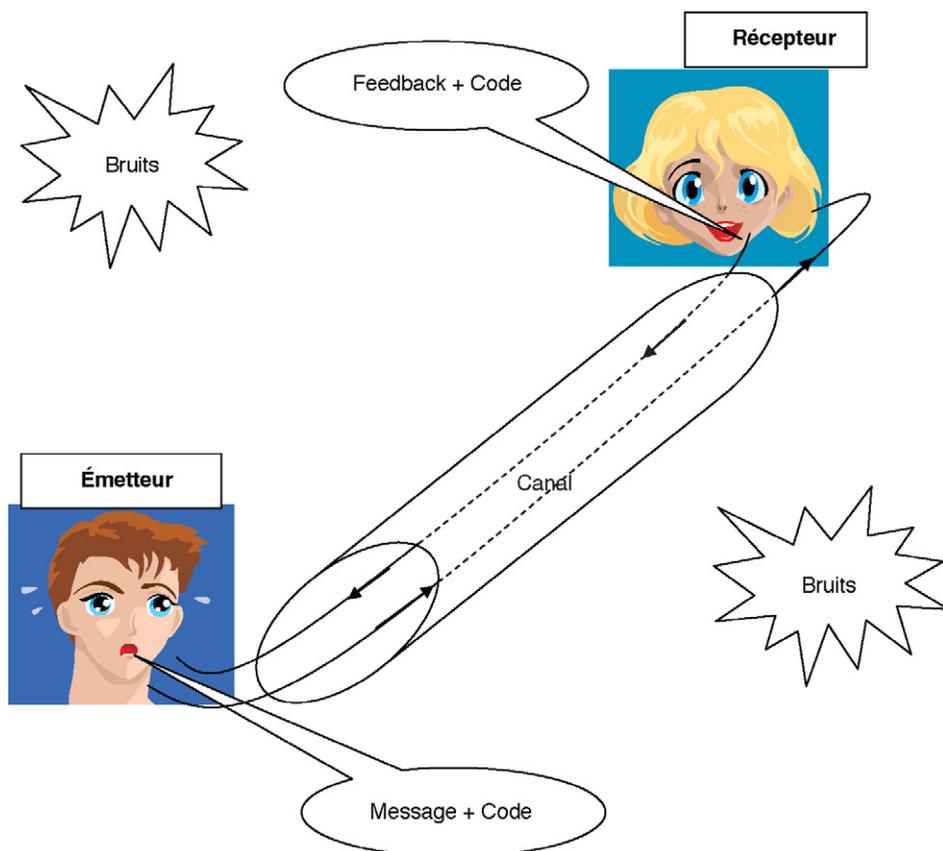


FIGURE 4.1. Schéma de la communication de Shannon et Wiener

Les attitudes de l'émetteur vis-à-vis du récepteur

Celles-ci sont modelées par les représentations que l'émetteur a du récepteur qu'il soit ou non connu. Si le récepteur est inconnu, l'émetteur disposera tout de même de représentations le concernant à travers les stéréotypes, les préjugés qui participent à toute rencontre interhumaine. Elles seront aussi modelées par les dispositions générales de l'émetteur vis-à-vis de la communication, c'est-à-dire ses tendances : supériorité, conflictualité, bienveillance, capacité d'écouter l'autre, etc.

Le contexte social spécifique à la séquence de communication

Ce contexte est contraint par des normes spécifiques qui sont de puissants déterminants de la façon dont l'émetteur va construire son message en lien avec le statut social du récepteur, sa personnalité, son influence, son comportement. Ce contexte (professionnel, personnel, commercial, thérapeutique, etc.) est aussi déterminé par les enjeux qui sous-tendent la communication (réclamation, négociation, information, etc.).

Les variables en rapport avec le récepteur

La capacité à décoder le message

Un message trop technique ne sera pas compris d'une personne ne connaissant pas la discipline concernée.

La préparation du récepteur à recevoir un message particulier à un moment donné

Un message délivré trop abruptement ou dans un contexte inapproprié peut donner lieu à une incompréhension ou à une mauvaise interprétation.

Les variables en rapport avec l'émetteur sont bien entendu aussi actives pour le récepteur : cadre de référence, attitude vis-à-vis de l'autre, normes sociales, contexte et enjeux.

Les variables en lien avec le message

Le code en particulier doit être adapté à la séquence de communication et partagé par les deux protagonistes.

Les variables en rapport avec le canal de transmission

Le canal de communication verbal est soutenu, confirmé ou infirmé par les canaux non verbaux : ton de la voix, mimique, attitudes corporelles. Ces canaux nécessitent un regard et un contrôle de soi solide qui souvent manquent aux patients souffrant de pathologies lourdes. Les capacités expressives du corps et du visage sont alors diminuées, ce qui altère fortement la force des messages émis.

Ces différentes variables vont participer à la modulation des messages produits dans une interaction. Elles vont participer du choix du code (quel type de langage, quel ton) et du canal (quelle importance donner au non verbal). Il est parfois difficile pour chacun d'entre nous de rester vigilant et de garder du recul lors d'une séquence de communication vis-à-vis de notre cadre de référence ou de certains jugements hâtifs envers un interlocuteur. Il en va de même avec certains patients qui ne sont pas en capacité de se décentrer et de se regarder agir. Ils ne tiennent alors pas compte du cadre de référence dans lequel ils sont situés, ou encore ils imposent, par manque de recul, leur cadre de référence.

Relation à l'autre et pathologies mentales

Les pathologies psychiatriques ont un impact parfois très lourd sur les capacités du sujet à trouver sa place dans l'espace relationnel et social. La psychose se caractérise par des frontières floues entre le soi et le non-soi. Cette porosité impose au patient un fonctionnement alternant entre attirance et rejet. L'autre est indispensable (comme pour tout sujet humain) mais sa proximité se transforme vite en intrusion, sa présence en agression. Progressivement le sujet psychotique prend alors l'habitude du retrait, il perd l'initiative de la relation et augmente sa distance à l'autre, ce qui vient encore renforcer ses difficultés à entrer en relation. Il se dévalorise, se désocialise et s'isole. Par ailleurs le sujet psychotique (en particulier schizophrène) est souvent en difficulté pour attribuer des intentions

à l'autre. Son fonctionnement se caractérise par une altération de la « théorie de l'esprit » c'est-à-dire de la capacité de se mettre à la place de l'autre, de comprendre son état affectif, ses désirs, ses intentions. Pourtant la relation à l'autre passe nécessairement par cette décentration, par ce changement de perspective, qui permet la compréhension de l'autre. C'est l'empathie ou l'identification.

Il en est de même pour le sujet limite. Celui-ci n'a pas de problème de différenciation mais il se trouve dans un rapport à l'autre qui n'est pas un échange de sujet à sujet mais qui se situe plus dans l'emprise. Le sujet limite a besoin de l'autre pour exister. Ne disposant pas d'appuis internes suffisamment solides, il doit trouver des appuis externes (un autre sujet, un produit ou une conduite). Lorsque c'est l'autre qui est choisi comme appui, la relation est à sens unique, le patient limite l'utilisant comme un objet d'étayage. Il usera de toutes ses capacités de séduction (manipulation) pour utiliser l'autre dans cette dynamique d'appui souvent envahissante, lui déniaient toute subjectivité, c'est-à-dire tout désir propre. Le moindre refus de sa part de cette position d'étayage entraîne le rejet immédiat et massif de cet autre devenu inutile. On le voit, là encore, la relation est difficile, voire impossible.

Les conduites de désocialisation, retrait pour le psychotique ou séduction-rejet pour le sujet limite, conduisent ces patients à une désocialisation progressive, une désadaptation sociale qui péjorent fortement l'image de soi de ces patients. Vivant quotidiennement l'incapacité de leur relation à l'autre, ils se dévalorisent autant qu'ils perdent confiance en l'autre.

Les objectifs centrés sur le maintien et la reconstruction des compétences relationnelles et sociales

La socialisation

L'objectif principal de ces activités de groupe est de mobiliser et de renforcer les comportements nécessaires à une bonne adaptation sociale, c'est-à-dire la (re)socialisation. L'intention prioritaire de l'infirmier est alors la lutte contre la désadaptation, l'apragmatisme, le repli sur soi, les inhibitions, les pertes d'initiative, etc., cela en favorisant les contacts avec le groupe, en améliorant l'image de soi, en soutenant les capacités relationnelles.

Les interactions sociales reposent sur trois types de savoir-faire :

- percevoir et sentir l'information. La relation à l'autre nécessite de le comprendre, cela signifie comprendre ce qu'il dit verbalement mais aussi ce qu'il exprime de manière non verbale, ce qu'il ressent, ses intentions. C'est aussi comprendre les enjeux de l'interaction ;
- après avoir évalué la situation relationnelle, il s'agit d'élaborer une réponse adaptée à la situation en fonction des enjeux, des possibilités et de la volonté de l'un et de l'autre. Il s'agit donc d'utiliser une stratégie de résolution de problèmes ;
- communiquer sa réponse au niveau verbal et non verbal.

Stimuler la pensée opératoire

C'est un objectif secondaire pour certaines de ces d'activités (activités pragmatiques). Fondées sur des supports concrets, elles visent un résultat et engendrent une réadaptation en permettant au sujet de se réapproprier des automatismes perdus. Sont ainsi travaillés l'organisation, l'anticipation, la planification, la concentration, dans un cadre opératoire.

La méthode

Deux orientations sont possibles, qui sont évidemment potentialisés par leur association.

Les activités pragmatiques

Ces activités invitent le patient à construire sa relation à l'autre grâce à un support concret dont le résultat visé est d'entraîner chacun dans la participation. Dans ce cadre l'habileté du soignant consiste à construire des micro-situations nécessitant de la coopération. Il s'agit de placer le patient en position d'acteur au sein d'une situation dans laquelle il est encouragé à déployer le maximum de sa surface sociale et de ses capacités relationnelles. Le patient est confronté à des situations réelles, concrètes, dans lesquelles il est invité à se mettre en actes par la dynamique même de l'activité. Il se montre alors dans sa globalité.

L'atelier cuisine est l'archétype de ce type d'activité. Centrée sur un moment d'existence inévitable, récurrent, vital, c'est une activité particulièrement opératoire, puisqu'il s'agit « faire » à manger. Mais c'est aussi, lorsque ce moment est partagé, l'occasion d'une coopération, donc d'un échange avec l'autre. Son intérêt principal reste son caractère absolument incarné, c'est même certainement l'activité thérapeutique la plus incarnée qui soit, la plus encrée dans la réalité quotidienne de l'individu. C'est probablement ce caractère incarné, concret, pragmatique, qui explique le succès, auprès des patients comme des professionnels, de ce type d'atelier, tout autant que son rapport à l'alimentation, au plaisir de la bouche.

Entrent dans cette même orientation, qui consiste à stimuler la relation au travers d'une activité concrète, les ateliers jardinage, découverte du patrimoine, jeux (de société). À chaque fois la relation à l'autre est prégnante, dans un cadre concret, avec en prime une stimulation cognitive.

Il importe de préciser que ces activités ne visent pas l'apprentissage des savoir-faire liés aux supports employés – apprendre à confectionner un repas ou à jardiner peut être éventuellement lu comme la recherche de bénéfices secondaires. Ce qui importe avant tout c'est la possibilité de construire des moments relationnels.

Les techniques relationnelles

Il s'agit dans ce cas de stimuler les compétences relationnelles du sujet en les extrayant de situations concrètes d'existence, c'est-à-dire, cette fois-ci, de

manière décontextualisée. Des situations relationnelles sont ainsi créées de toutes pièces, sans qu'elles soient attachées à une activité de la vie quotidienne précise. Pour utiliser une métaphore musicale, si dans le groupe d'activité précédent il s'agissait de « répéter » des situations relationnelles, il faudra, dans ce cadre, « faire des gammes ». Le mime, les techniques relationnelles, la résolution de problèmes, entrent dans ce schéma.

Les mécanismes thérapeutiques

La coopération dans l'expérience

C'est le mécanisme de base des activités pragmatiques. Il s'agit d'un mécanisme comportemental : travailler à corriger les comportements de l'individu pour les rendre adaptés aux situations sociales qu'il sera susceptible de rencontrer dans sa vie quotidienne.

Il s'agit alors de rééduquer, d'apprendre ou de réapprendre, de donner à la personne un savoir-faire (relationnel) qu'il pourra transférer en situation et actualiser.

Le patient est amené à vivre l'expérience de la rencontre avec l'autre dans un espace et un moment partagé et protégé. L'aspect opératoire des actions proposées et leur simplicité produisent un effet d'entraînement et introduisent naturellement l'autre au sein des différents moments de l'activité. Le patient apprend ainsi à considérer autrui en expérimentant sa coprésence dans la collaboration. C'est la répétition de cette expérience de l'altérité dans une coopération réussie qui va permettre progressivement d'intégrer l'autre dans la perspective de chacun. L'autre existe, je fais avec lui, je mène à bien, avec lui, une tâche qui me procure du plaisir.

L'apprentissage décontextualisé

C'est utiliser la situation thérapeutique pour permettre l'apprentissage de certaines compétences défaillantes. La situation de soins se développe dans un environnement dont les enjeux ne sont pas ceux d'une situation dans la cité. Le patient peut échouer, hésiter, recommencer, etc. Il peut s'entraîner sur les trois niveaux de compétences spécifiques que sont : la perception de l'information, l'évaluation de la situation et la communication. Les situations proposées permettent un véritable entraînement en milieu protégé, dans un contexte spécifique et avec l'aide de soignants.

La situation thérapeutique permet de décomposer les comportements relationnels en compétences spécifiques et chaque compétence en séquences concrètes. Après évaluation, le patient va plus particulièrement entraîner telle ou telle composante de la relation à l'autre en fonction de ses besoins.

Dans ce cadre l'approche est comportementale : patient et soignant fixent des objectifs qui évoluent progressivement en fonction des progrès du patient. Le

soignant, sur la base des objectifs définis, propose les jeux, encourage, évalue et incite à recommencer si nécessaire, sert de modèle, propose des tâches explicites à réaliser entre les séances. Bien sûr le positionnement du soignant est avant tout contenant, c'est parce qu'il aura confiance dans les animateurs et dans le groupe, parce qu'il ne se sentira pas jugé, que le patient osera.

Il s'agit donc d'un apprentissage empirique. C'est l'expérience, dans un espace spécifique, qui permet le développement des compétences.

Le transfert dans le champ social

Il s'agit de confirmer les compétences développées dans un contexte naturel (les recontextualiser). La situation thérapeutique, parce qu'elle se développe dans un contexte protégé, permet progressivement au patient de multiplier les situations relationnelles réussies, de développer la capacité à autoréguler ses comportements, capacité qu'il sera incité à transférer à l'extérieur de la situation thérapeutique. Ce transfert dans le champ social nécessite évidemment de prévoir des tâches à effectuer dans l'intervalle des séances, tâches qui seront systématiquement reprises en début de séances. Ce fonctionnement évite les rechutes et explique l'absence de substitution de comportements symptômes, dans la mesure où un autre comportement plus satisfaisant se développe après l'élimination du comportement problème.

Les tâches à réaliser entre les séances doivent être réalisables par le patient. Il doit donc avoir auparavant réussi à plusieurs reprises le travail demandé en séance thérapeutique. La réussite dans l'espace social de la tâche va renforcer l'estime de soi du patient, la conviction de sa compétence et va l'inciter à progresser encore.

Les tâches inter-séances possèdent un autre avantage : elles permettent au patient de garder le lien avec le travail thérapeutique. Ce dernier n'est pas qu'un temps dans la semaine, un moment isolé dans le temps de la maladie, c'est une continuité, un soutien, un repère. Les tâches, en incluant le temps thérapeutique dans le temps global du sujet, soutiennent sa motivation.

Enfin, le travail entre les séances permet de potentialiser l'effet du travail en séances. Les expériences en séances permettent au patient d'oser la répétition dans le champ social, la réussite dans le champ social rend le patient plus performant pendant les séances. Les allers-retours permanents renforcent mutuellement les profits.

L'apprentissage émotionnel

L'incapacité à exprimer une émotion entraîne progressivement le sujet humain à ne plus ressentir cette émotion. C'est parce que nous vivons dans un environnement qui permet l'expression de certaines émotions que nous nous autorisons à les exprimer et à les vivre. Une émotion non exprimée est une émotion qui s'émousse et qui tend à disparaître, le sujet perdant la capacité à exprimer mais aussi à ressentir cette émotion. C'est une capacité d'adaptation de l'individu appelée consonance affective qui lui permet d'adapter son registre affectif à son environnement afin de ne pas être en décalage avec cet environnement. Bien

sûr il faut du temps pour que cette « adaptation » se réalise. Heureusement l'inverse est possible, c'est-à-dire que l'expression d'une émotion, sur un registre comportemental, permet progressivement de la ressentir et de se la réapproprier, de la réinscrire dans son champ de possibles. Le groupe thérapeutique permet l'expérimentation de l'expression émotionnelle (mime, jeux relationnels, etc.) qui, progressivement, va déboucher sur le ressenti émotionnel.

La notion de rôle et de statut

Un statut est une position définie dans un cadre social spécifique : statut de mari, de père, d'employé, de cadre, d'acteur, etc. Le rôle quant à lui est la déclinaison d'un statut dans différents registres comportementaux. À un statut correspondent plusieurs rôles possibles, c'est-à-dire plusieurs types de comportements attendus. L'individu passe ainsi dans une même journée à travers différents statuts en fonction des moments, et il convoque à chaque fois différentes manières de s'inscrire dans son statut à travers différents rôles. Ainsi un même statut peut être occupé par de nombreux individus, mais chaque individu animera son statut par un ou des rôles qui lui sont propres. Dans un même service de soins, les patients ont tous le même statut mais tous déploient des rôles différents, rôles qui seront teintés de plus ou moins d'agressivité, de manipulation, de sincérité, d'expressivité, etc.

On peut donc considérer que le statut est un élément social, c'est une place occupée dans un cadre social, alors que le rôle est la composante individuelle de ce statut, c'est-à-dire la manière dont chacun, à un moment précis, fait vivre un statut.

L'impact de la maladie mentale sur les possibilités de l'individu à investir statuts et rôles

Cette utilisation de la notion de rôle et de statut est féconde car il est facile de se rendre compte que la maladie mentale peut réduire le nombre de statuts qu'occupe un individu. Il peut parfois ne plus lui rester que son seul statut de malade s'il a perdu famille, travail, logement, etc.... Mais la maladie a aussi pour effet de réduire la capacité à mobiliser certains rôles en contrariant la fluidité nécessaire à l'adoption de rôles différents au sein d'un même statut. L'individu reste alors prisonnier d'une seule façon de décliner un rôle, sans capacité d'adaptation aux situations.

La redécouverte de la capacité à investir différents rôles¹

« La situation thérapeutique propre aux activités de maintien et de reconstruction des compétences sociales permet au patient la redécouverte de différents rôles sociaux. Les techniques de modeling permettent de travailler sur cette notion de rôle en ré-apprennant au patient à jouer certains rôles et à passer d'un rôle à l'autre. Cet apprentissage par l'imitation est suivi d'une appro-

1 J. Merklings, *op. cit.*

priation grâce à la dynamique de l'activité. Placé en situation de coanimation du groupe, d'organisateur mais aussi d'exécutant ou d'initiateur, le patient se trouve entraîné dans le glissement d'un rôle à l'autre et retrouve ainsi progressivement la fluidité nécessaire à l'adaptation, à la vie en société. Il redécouvre et apprend à articuler les savoir-faire nécessaires pour animer un éventail de rôles de plus en plus large, retrouvant ainsi un peu de la mobilité nécessaire à une vie sociale réussie. Dans ce contexte des éléments de différents rôles sont vécus empiriquement dans une dynamique d'expérimentation puis d'apprentissage. Les rôles sociaux les plus courants sont ainsi visités : demander, écouter, participer, négocier, diriger, refuser, etc. »

Le développement d'une relation positive avec soi-même

L'aspect quotidien des activités pragmatiques (élaborer un repas, se promener en ville, entretenir un jardin, etc.) en fait des espaces d'expériences qui renvoient le patient à la vie de tous les jours dans le cadre de mises en œuvre réussies. Les gestes qui d'habitude semblent difficiles ou inutiles sont reconsidérés en moments possibles et productifs, voire générateurs de plaisir. Le sentiment d'efficacité qui se dégage de ces moments est à chaque fois une étape dans la reconstruction d'une image de soi et de l'existence positive.

De la même manière, la restauration de l'image de soi, la confiance en soi mais aussi la découverte et « l'appropriation » de l'autre sont les mécanismes qui vont fonder l'aspect thérapeutique des activités relationnelles « décontextualisées » (techniques relationnelles). Les techniques relationnelles et le mime sont des exercices progressifs qui vont permettre au sujet d'expérimenter la rencontre avec l'autre sans risque puisque dans un espace protégé et sans attente de résultat. La progression par essai et erreur, les commentaires du groupe mais aussi son support, l'expérimentation de la réussite, sa répétition et son attribution vont permettre au sujet d'augmenter ses compétences. Mais cette fois-ci le progrès ne sera pas seulement comportemental, il y aura aussi modification du regard sur soi, renforcement du sentiment de réussite, en un mot, intériorisation.

On voit alors en quoi ces deux orientations sont complémentaires. La confiance en soi qui va se développer grâce aux exercices relationnels sera réinvestie progressivement dans un atelier cuisine ou découverte du patrimoine local, permettant ainsi une mise en pratique, une expérimentation concrète de situations relationnelles, instaurant un savoir faire qui n'aura plus qu'à être mis en œuvre dans l'espace social global.

Les différentes activités centrées sur le maintien et la reconstruction des compétences sociales

Ces activités peuvent prendre les formes suivantes :

- activités pragmatiques : atelier cuisine, découverte du patrimoine, jeux, jardinage, etc.
- techniques relationnelles : mime, questions relationnelles, résolution de problème.

Les activités pragmatiques

Il n'est pas nécessaire de décrire un atelier cuisine ou jardinage. Il importe juste de savoir que ces activités ne visent pas, ou pas seulement, le développement de compétences liées au support proposé. Il est important de répéter que le fait que patient apprenne à cuisiner ou à jardiner est un bénéfice secondaire et certainement pas ce qui est recherché prioritairement. L'objectif reste bien le développement des possibilités relationnelles du sujet. Il importe donc de laisser un maximum de place aux échanges dans le groupe. Il est alors judicieux d'inclure dans le déroulement des séances tout ce qui concerne la préparation de l'activité. Un atelier cuisine commencera alors par le choix du menu, qui sera discuté par le groupe. L'élaboration de la liste de course viendra ensuite, suivi du déplacement pour effectuer les achats en question. Ce temps, parfois très long, est un temps de discussion, de rencontre avec l'autre autour d'une préoccupation commune, c'est un temps d'expérimentation d'une grande fécondité. Le réflexe du soignant qui consisterait à réduire ce temps, ou à le rendre plus productif dans un souci d'efficacité, priverait le groupe de cette richesse. Cela signifie qu'il est tout à fait possible que, si l'élaboration du menu ou de la liste de course a pris trop de temps sur la séance, le repas prévu soit reporté à la semaine suivante et que le repas du jour soit réalisé avec des restes de la veille ou avec un plat de spaghettis, par exemple. La qualité du repas importe peu ; ce n'est, là encore, qu'un bénéfice secondaire, ce qui compte ce sont les échanges en vue et au cours de son élaboration.

Ce point est certainement contre-intuitif. Une séance d'atelier cuisine peut sembler réussie aux animateurs comme aux patients si tout s'est bien passé au niveau pragmatique : repas prêt à l'heure, de bonne qualité gustative, cuisine rangée et propre. Pourtant, une séance se terminant par une poêlée congelée jetée dans une casserole en dernière minute peut se révéler extrêmement payante si elle a donné lieu à des échanges dans le groupe, si chacun a pu donner son avis, l'argumenter, parler de ses préférences, de ses difficultés à l'extérieur, de la place de l'alimentation dans sa vie, etc.

Les techniques relationnelles

Ces techniques sont des mises en situations artificielles, construites uniquement dans l'intention de créer des moments relationnels. Cinq types de techniques peuvent être proposés : les questions, la résolution de problèmes, les situations à jouer, le mime, l'interprétation de photos ou de scènes filmées. Chacune de ces techniques, organisées en séquence spécifique, peut constituer en fonction des capacités du groupe de patients une séance d'activité thérapeutique à part entière ou bien une simple séquence, c'est-à-dire un moment organisé au sein d'une séance. Dans ce dernier cas plusieurs séquences différentes peuvent être articulées dans une même séance.

Les questions relationnelles

Il s'agit de prévoir des questions qui portent sur des comportements ou des attitudes relationnelles quotidiennes. Le patient aura à décrire verbalement ce qui lui est demandé. L'idée est de placer le patient en situation d'avoir à imaginer. Il doit faire un effort de représentation de lui-même, de l'autre et d'une situation. C'est un entraînement aux nécessités de perception de l'information pertinente dans une interaction. Se représenter soi-même implique d'accéder au renversement de perspective qui permet d'avoir accès à la représentation de l'autre. C'est un travail relativement peu impliquant, excellent pour commencer une séance puisque le patient n'aura qu'à répondre à des questions, ce qui est plus facile que de se mettre en scène.

Exemples de questions²

Questions relatives au sens d'un comportement ou d'une attitude observés :

- que cherche à vous dire quelqu'un qui vous fait un clin d'œil ?
- pourquoi hausse-t-on les épaules ?
- qu'elles sont les attitudes (des autres) qui vous font comprendre que vous êtes le bienvenu (de trop...) quelque part ?
- quelles sont les expressions du visage qui signifient la tristesse (l'angoisse, la peur, la joie, l'ennui, etc.) ?
- Questions relatives à l'expression d'événements ou d'états internes :
- lorsque vous subissez une injustice (apprenez une bonne nouvelle...), quel est le sentiment qui vous envahit ?
- comment manifester sa colère (sa joie, sa tristesse, son désaccord, etc.) ?
- comment fait-on pour montrer son impatience ?

...

Questions relatives à des scénarii relationnels :

- qu'est-ce qu'une relation amicale ?
- vous invitez une personne pour manger ensemble demain soir et celle-ci vous répond que cela lui ferait plaisir mais qu'elle est déjà prise. Que faites-vous ?

Fiche méthode d'une séquence de questions relationnelles

Contexte		
<ul style="list-style-type: none"> - Groupe ouvert * de 3 à 8 participants - Pré-requis des participants : capacités de compréhension préservées - Animation possible avec un seul soignant 	Salle fermée mais pas dédiée*	Séances régulières, 1 à 2 par semaine

2 Les questions et la catégorisation proposées ici ne sont absolument pas exhaustives. Il appartient aux professionnels qui proposent ce travail d'imaginer les questions qui leur paraîtraient pertinentes.

Fiche méthode d'une séquence de questions relationnelles (*Suite*)

Préparation	
Les questions sont inscrites sur des fiches papier.	Il est utile de prévoir un nombre important de questions afin que chaque participant puisse être placé en situation de répondre à plusieurs reprises.
Déroulement de la séquence	
<i>L'animateur</i>	- expose les consignes : « des questions sur les relations aux autres sont inscrites sur ces fiches. Chacun d'entre vous, à tour de rôle, va tirer une fiche, lire la question qui s'y trouve à haute voix et proposer une réponse. Les autres membres du groupe écoutent en silence ». « Après les réponses chacun pourra faire des commentaires en excluant les jugements de valeur. »
<i>Un patient</i>	tire une fiche au hasard et lit à haute voix son contenu.
<i>L'animateur</i>	<i>s'assure que le patient et le groupe ont bien compris le sens de la question en la répétant ou en la reformulant. inscrit la question sur un paper board ou un tableau mural afin qu'elle reste visible pour tous (uniquement si les participants ont des difficultés importantes au niveau mnésique).</i>
<i>Le patient</i>	<i>formule sa réponse à la question.</i>
<i>L'animateur</i>	- reformule la réponse du patient et valorise son attitude participative* ; - propose au groupe de réagir.
<i>Le groupe</i>	<i>réagit à la réponse proposée (sans formuler de jugement).</i>
<i>L'animateur</i>	<i>peut demander au groupe de proposer d'autres réponses si cela est pertinent.</i>
<i>Les membres du groupe qui le souhaitent</i>	<i>proposent une réponse différente.</i>
<i>Le groupe</i>	<i>réagit aux nouvelles réponses proposées (toujours sans formuler de jugement).</i>
<i>L'animateur</i>	<i>propose à un autre patient de tirer une fiche.</i>
Recommandations	
<ul style="list-style-type: none"> - Il est important pour les animateurs d'insister sur le travail de représentation qui doit précéder les réponses. Le patient doit faire l'effort d'imaginer la situation, de la voir mentalement, avant de répondre. - Un temps de reprise verbale est prévu en fin de séquence ou de séance afin de permettre à chacun d'exprimer son ressenti. L'animateur sollicite chaque participant et lui renvoie avec précaution ce qu'il a observé de lui. À un patient particulier par exemple : « cela semblait difficile pour vous de prendre le temps de visualiser mentalement avant de répondre ». Ou encore : « les remarques des autres semblaient vous gêner ». - C'est tout l'art de l'animation de groupe que de sentir jusqu'où il est possible d'aller vis-à-vis d'un patient dans le cadre de ce retour verbal (<i>cf. chapitre 2, L'animation des activités thérapeutiques de groupe</i>). 	

*Un groupe ouvert est un groupe dans lequel de nouveaux participants peuvent être inclus d'une séance sur l'autre contrairement à un groupe fermé qui est constitué une fois pour toutes pour un nombre de séances limitées. Un groupe fermé est un groupe dans lequel le travail réalisé est impliquant et dans lequel tous les membres progressent dans un même rythme. Dans un tel groupe, un nouvel arrivant se sentirait inadapté, pas à sa place, voire en échec

*Une salle dédiée est une salle dont l'usage est exclusivement réservé à la réalisation d'activités thérapeutiques. Elle ne doit pas être utilisée pour d'autres types d'activité (repas par exemple) et doit permettre que du matériel soit laissé en place afin d'être facilement utilisé d'une séance sur l'autre

*Valoriser l'attitude participative du patient n'implique pas de formuler un jugement sur sa participation mais tout simplement de le remercier pour sa participation et de lui signifier que l'on a pris acte de l'effort qu'il a réalisé

La résolution de problèmes

Il s'agit, cette fois-ci, de placer le patient en situation de développer des stratégies de résolution de problèmes. Les problèmes en question sont de nature relationnelle et relèvent de la vie quotidienne. Là encore, la consigne est de ne rester qu'à un niveau de description verbale. Ce travail correspond à une problématique d'analyse de situations qui vient pallier une difficulté dans l'élaboration de réponses à des situations posant problème. La vie de tous les jours secrète en permanence des situations problématiques qui, heureusement, ont très souvent des implications modestes. Cependant répondre à ces situations, c'est-à-dire proposer une attitude ou un comportement adapté, nécessite d'être en capacité d'analyser la situation. Un travail sur la technique de résolution de problème est présenté au groupe lors des premières séances et doit servir de repère au travail. Elle est inscrite sur un *paper board* et reste à portée de vue en permanence.

L'objectif *in fine* de ce travail est encore une fois d'inciter le patient à se représenter la situation ainsi que son action et d'envisager la réaction de l'autre.

La technique de résolution de problèmes

Elle a pour objectif de préparer le patient à développer les compétences utiles pour faire face aux situations imprévues. Cette technique en quatre étapes est à explorer dans un premier temps de travail avec un groupe.

Les étapes :

- s'arrêter et réfléchir : c'est-à-dire ne pas réagir impulsivement, émotionnellement mais prendre le temps de réfléchir ;
- définir le problème et trouver l'objectif à atteindre. Il s'agit de savoir ce qui effectivement pose problème, différencier l'obstacle et ses répercussions. Ce sont les répercussions qui doivent être prises en compte. L'objectif découle de la formulation du problème ;
- la solution :
 - faire la liste exhaustive des différentes façons de résoudre le problème,
 - considérer les avantages et les inconvénients des différentes solutions possibles,
 - déterminer les ressources nécessaires (temps, argent, disponibilité des personnes, lieux, objets, compétences, moyens de transport, téléphone, etc.),
 - choisir une ou plusieurs des solutions possibles ;
- fixer le jour et l'heure de l'application de la solution choisie (et, seulement à ce moment, passer à l'action).

Exemples de situations problèmes³

Situations avec les voisins :

- vos voisins font beaucoup de bruit et cela vous dérange ? Que faites-vous ?
- un voisin vient vous emprunter votre fer à repasser. La dernière fois que vous lui avez prêté, il a attendu quinze jours pour vous le rendre. Que lui dites-vous ?, etc.

Relations avec des inconnus :

- quelqu'un vous regarde à plusieurs reprises alors que vous buvez un verre à la terrasse d'un café. Que faites-vous ?
- un jeune homme vous bouscule dans la rue sans s'excuser. Que faites-vous ?
- vous croisez quelqu'un dans la rue qui vous prend pour quelqu'un d'autre : « Bonjours Jean-Paul, comment vas-tu, tu te souviens de moi ? » vous dit-il. Comment réagissez-vous ?, etc.

Situations à l'hôpital :

- les infirmiers sont en permanence occupés alors que vous avez besoin de leur parler. Que faites-vous ?, etc.

Fiche méthode d'une séquence « situation problème »

Contexte		
<ul style="list-style-type: none"> - Groupe ouvert de 3 à 8 participants - Pré-requis : capacités de compréhension préservées - Animation possible avec un seul soignant 	Salle fermée mais pas dédiée	Séances régulières, 1 à 2 par semaine
Préparation		
La technique de résolution de problème est inscrite sur un <i>paper borad</i> ou un tableau mural. Elle reste à portée de vue en permanence.	Des situations problèmes sont inscrites sur des fiches papier.	
Déroulement de la séquence		
<i>L'animateur</i>	<p><i>expose les consignes : « des exemples de situations problèmes sont inscrits sur ces fiches. Chacun d'entre vous, à tour de rôle, va tirer une fiche et lire l'exposé du problème à haute voix. Il prend dix secondes pour réfléchir avant de donner sa réponse à la question posée. Les autres membres du groupe écoutent en silence ». « Après les réponses chacun pourra faire des commentaires en excluant les jugements de valeur. »</i></p>	

3 Ici encore cette liste est à développer.

Fiche méthode d'une séquence « situation problème » (Suite)

<i>Un patient</i>	<i>tire une fiche</i> au hasard et lit à haute voix son contenu
<i>L'animateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>s'assure que le patient et le groupe</i> ont bien compris le sens de la situation décrite en la répétant ou en la reformulant. Il écrit le contenu de la fiche sur un <i>paper board</i> afin qu'elle reste visible pour tous ; - <i>aide le patient</i> à prendre en compte les étapes de la résolution de problème : « <i>qu'est-ce qui pose problème ? Quel pourrait être votre objectif ? Quelles sont les réponses possibles ? Quelle pourrait être votre solution ?</i> ».
<i>Le patient</i>	<i>formule sa (ses) réponse(s).</i>
<i>L'animateur</i>	<i>reformule</i> la réponse du patient et valorise son attitude participante.
<i>Le groupe</i>	<i>réagit à la réponse</i> proposée (sans formuler de jugement).
<i>L'animateur</i>	<i>peut demander au groupe</i> de proposer d'autres réponses si cela est pertinent.
<i>Les membres du groupe qui le souhaite</i>	<i>proposent une réponse</i> différente.
<i>L'animateur</i>	<i>aide le patient</i> qui propose une nouvelle réponse à prendre en compte les étapes de la résolution de problème.
<i>Le groupe</i>	<i>réagit aux nouvelles réponses</i> proposées (toujours sans formuler de jugement).
<i>L'animateur</i>	<i>propose à un autre patient</i> de tirer une fiche.
Recommandations	
<ul style="list-style-type: none"> - L'animateur doit insister sur la prise en compte de la technique de résolution de problème afin de permettre au patient de ne pas produire une réponse trop immédiate et peut-être inadaptée (dans le genre de situations problèmes proposées). L'effort cognitif requis permet ainsi au sujet d'imaginer une réponse adaptée au problème et socialement acceptable. - Un temps de reprise verbale est prévu en fin de séquence ou de séance afin de permettre à chacun d'exprimer son ressenti. L'animateur sollicite chaque participant et lui renvoie avec précaution ce qu'il a observé. 	

Commentaire

Il est important de travailler préalablement sur la méthode de résolution de problème afin de bien évaluer ce qui pose réellement problème. Si nous prenons l'exemple suivant : « *Un voisin vous interpelle parce que vous avez fait trop de bruit la veille, il est en colère. Comment réagissez-vous ?* ». Qu'est-ce qui pose problème ? Le fait que le voisin vienne m'interpeller, c'est-à-dire me déranger, m'en parler en haussant le ton... Ou bien le fait que ce voisin a été dérangé par le bruit que j'ai fait. Ma réaction sera différente en fonction de ma réponse à cette question.

Autre exemple de situation : « *Les infirmiers sont en permanence occupés alors que vous avez besoin de leur parler. Que faites-vous ?* ». Il importe de prendre un temps pour réfléchir à la situation et à ce qui, dans cette situation, pose problème. Est-ce la non-disponibilité des infirmiers qui vient, par exemple, léser mon droit à être écouté, ou bien est-ce l'impossibilité dans laquelle je me trouve de satisfaire mon besoin de parler à un soignant ? Si je suis dans le premier cas de figure, je peux réclamer avec vigueur ce à quoi j'ai droit, « *je veux être écouté* » (j'aurai peut-être gain de cause mais on peut douter de la qualité de l'écoute que j'obtiendrai). Si je suis dans la seconde situation, je peux différer ma demande et simplement rester attentif à un moment de disponibilité d'un infirmier.

Bien sûr de nombreuses situations de vie nécessitent des réactions quasi immédiates. Mais ce mécanisme intellectuel de réflexion préalable à l'action, une fois intégré, permet une certaine réactivité et surtout, évite les « fausses notes » relationnelles.

Les situations relationnelles

Il s'agit cette fois de proposer des jeux de rôle qui reprennent des situations de la vie quotidienne. Le jeu de rôle est un exercice particulièrement efficace mais éprouvant, nécessitant un réel effort de mise en acte de soi sous le regard de l'autre. Il est donc fondamental que ce travail soit initié par des jeux de rôle très simples réalisés *avec l'animateur*, tels que : « *Je suis assis sur un banc et vous venez me demander l'heure* », ou encore : « *je me suis assis sur un banc à côté de vous, sur la manche de votre veste, vous voulez partir* ».

Dans un deuxième temps des jeux de rôle, là encore très simples, sont effectués par l'animateur et le coanimateur. Chaque patient observe puis rejoue ce qui a été joué par l'un des deux animateurs avec l'autre animateur. C'est donc un travail de *modeling* qui est ainsi réalisé. C'est seulement dans un troisième temps que seront réalisées des mises en situations entre patients.

Le jeu de rôle nécessite d'avoir acquis une certaine aisance au niveau des compétences de perception de l'information (que me dit l'autre verbalement mais aussi non verbalement, quel est l'enjeu de la situation, etc.) et au niveau de l'évaluation de la situation (quelles réactions sont possibles et laquelle je choisis).

Exemples de situations à jouer⁴

Situations en lien avec les soins et la prise en charge globale du patient :

- vous avez l'impression que les gens vous veulent du mal, vous pensez que c'est un signe de rechute. Vous décidez de téléphoner à votre docteur pour prendre un rendez-vous en urgence. Choisissez une personne qui tiendra le rôle de la secrétaire ;
- vous avez besoin de vous acheter une nouvelle veste et vous vous rendez chez votre tuteur pour lui demander de l'argent. Choisissez un partenaire.

4 Liste non exhaustive.

Situations sociales :

- vous avez envie d'inviter une personne de sexe opposé pour une sortie. Sélectionnez un but pour cette sortie avant de faire la proposition et invitez votre partenaire de sexe opposé de droite (dans le groupe) ;
- vous rencontrez dans le bus une connaissance (amicale) que vous n'avez pas vue depuis longtemps. Jouer la rencontre avec votre voisin de gauche ;
- vous rapportez un objet qui ne fonctionne pas dans un magasin. Choisissez un partenaire qui jouera le vendeur.

Les patients participants à l'activité peuvent proposer des situations vécues qui leur ont posé problème ou qu'ils ont observées dans leur environnement, pour les jouer en séance.

Fiche méthode d'une séquence « situation relationnelle »

Contexte		
<ul style="list-style-type: none"> - Groupe ouvert de 3 à 8 participants - Pré-requis : capacités de compréhension préservées - Animation à 2 soignants requise 	Salle fermée mais pas dédiée	Séances régulières, 1 à 2 par semaine
Préparation		
Des situations relationnelles à jouer sont inscrites sur des fiches papier.		
Déroulement de la séquence		
<i>L'animateur</i>	<i>expose les consignes : « des exemples de situations relationnelles sont inscrits sur ces fiches. Chacun d'entre vous, à tour de rôle, va tirer une fiche et lire la situation exposée à haute voix. Il choisit ensuite un partenaire et joue la situation avec lui. Après les situations chacun pourra faire des commentaires en excluant les jugements de valeur ».</i>	
<i>Un patient</i>	<ul style="list-style-type: none"> - tire une fiche au hasard et lit à haute voix son contenu ; - choisit un partenaire pour jouer la situation. 	
<i>L'animateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> - s'assure que les deux patients ont bien compris leur rôle dans la situation en la répétant ou en la reformulant. Il écrit le contenu de la fiche sur un <i>paper board</i> afin qu'elle reste visible pour tous ; - aide les deux patients en organisant avec eux la scène, - demande au partenaire choisi de jouer la situation avec le plus de neutralité possible (c'est-à-dire sans se montrer trop coopératif ni trop opposant). 	
<i>Les deux patients</i>	<i>jouent la situation.</i>	

Fiche méthode d'une séquence « situation relationnelle » (Suite)

L'animateur	valorise l'attitude participative des deux patients et sollicite un retour positif du groupe (« <i>qu'avez-vous apprécié dans le jeu de X ?</i> »).
L'animateur	demande au patient qui a joué la situation d'évaluer sa prestation : « <i>Pensez-vous avoir joué votre rôle de manière convaincante ? Que pensez-vous de ce que vous avez dit, de la manière dont vous avez réagi ? Comment vous sentiez-vous dans votre corps ? Quelles difficultés avez-vous rencontrées ? Qu'avez-vous ressenti, à quel moment ?</i> ».
L'animateur	sollicite les réactions du groupe sur la prestation des deux « acteurs ».
Le groupe	réagit à la mise en scène de la situation proposée (les commentaires ne doivent pas porter de jugements de valeur concernant les personnes mais uniquement des jugements portant sur leur prestation) : « <i>Son comportement était convaincant, en retrait, adapté, trop brusque...</i> ».
L'animateur	reformule les critiques des autres patients en termes positifs*. Il peut aussi demander au groupe s'il pense que le but visé, dans la situation jouée, a des chances d'être atteint.
L'animateur	propose à un autre patient de tirer une fiche.
Recommandations	
<p>– L'animateur devra certainement jouer lui-même une ou plusieurs scènes lors de la première séance d'utilisation de cette technique. Il le fera avec des participants en soutenant leur prestation. Il sera ensuite souvent choisi pour jouer le partenaire, ce qu'il acceptera toujours. C'est sa capacité à se mettre en scène lui-même sous le regard des autres qui permettra au groupe de patients d'oser effectuer le même travail. Bien sûr, s'il est trop souvent choisi il pourra, à un moment de la séquence, énoncer qu'il a suffisamment participé et qu'il ne doit plus être choisi.</p> <p>– Par ailleurs la question du choix nécessite que le ou les animateurs travaillent à éviter qu'un patient ne soit jamais choisi par les autres participants. Pour cela il est possible d'énoncer la règle suivante : « celui qui tire une fiche choisit quelqu'un qui n'a pas encore participé ».</p> <p>– Comme à chaque fois, un temps de reprise verbale est prévu en fin de séquence ou de séance afin de permettre à chacun d'exprimer son ressenti. L'animateur sollicite chaque participant et lui renvoie avec précaution ce qu'il a observé.</p>	

* Les situations ou sentiments d'échecs doivent être proscrits du travail thérapeutique (cf. chapitre 2, L'animation des activités thérapeutiques de groupe). Il appartient donc aux animateurs de veiller à ce que les remarques formulées par les participants sur la prestation de l'un d'entre eux ne soient pas péjoratives pour ce dernier. L'outil principal pour ce travail est bien sûr la reformulation. Par exemple, à la remarque suivante d'un patient : « *tu n'y arriveras jamais en t'y prenant comme cela...* », la reformulation : « *X vous dit que vous risquez de ne pas atteindre votre objectif en réagissant comme vous l'avez fait...* », sera suivie d'un questionnement : « *qu'en pensez-vous ?* ». La reformulation atténuée l'effet péremptoire de la critique et le questionnement permet au sujet de préciser ses intentions et d'interroger, lui-même, la pertinence de son comportement

Commentaire

Dans ce type d'activité, le travail d'évaluation et d'autoévaluation est fondamental. Il permet au patient de poser un regard sur lui-même, sur sa manière d'être en situation relationnelle et d'améliorer ses compétences dans ce domaine. Oser agir devant le regard des autres, entendre et accepter les remarques, regarder agir les autres en situations, regarder agir les animateurs, sont autant d'éléments qui viennent progressivement modifier le regard que le patient porte sur lui et enrichir ses possibilités de comportement. Ce travail est évidemment très impliquant, c'est pourquoi les animateurs doivent veiller à ce que l'évaluation par les autres n'altère pas une estime de soi qui commence timidement à se restaurer. Ils rappellent régulièrement que l'objectif que chacun vise est d'améliorer sa manière d'être et de vivre sa relation à l'autre et que cet effort passe par le fait d'oser porter un regard sincère et objectif sur soi. D'une manière générale, le fait que chaque participant soit alternativement acteur et spectateur participe à modérer les jugements portés.

Par ailleurs, il est tout à fait possible que plusieurs duos ou groupes rejouent la même scène. Dans ce cadre le but n'est pas la comparaison mais bien plus de permettre au patient de prendre conscience qu'il existe de nombreuses manières d'agir dans une même situation et quelles ont toutes leur valeur et leur efficacité.

Le mime

Le mime est un mode d'expression iconique. Cela signifie qu'il propose une gestuelle du corps utilisant la ressemblance pour s'exprimer. Il s'agit donc, par exemple, de jouer le chat pour évoquer cet animal ou de jouer la colère pour signifier ce sentiment. Pour rappel, le langage parlé, quant à lui, est symbolique, c'est-à-dire que les sons utilisés pour décrire les concepts n'ont aucun rapport avec ces derniers, ils ne leur ressemblent pas, ils sont arbitraires. Utiliser le son chat pour signifier l'animal chat ne suppose pas de ressemblance entre l'animal et le mot, entre le signifiant (le son), le signifié (la représentation) et le référent (l'objet réel). Ainsi les mots sont en fait des symboles, c'est pour cette raison qu'ils doivent être appris, à la différence du mime qui peut être utilisé intuitivement, certes avec plus ou moins d'aisance et de pertinence. En effet tout le monde est capable de se faire comprendre à l'aide de la gestuelle, des attitudes ou de la mimique. C'est d'ailleurs ce que nous sommes obligés de faire lorsque nous nous trouvons face à des personnes ne parlant pas notre langue, nous mimons. Il est évident que cette forme d'expression (hormis lorsqu'elle est approfondie dans une optique artistique) est limitée, voire très limitée par rapport au langage parlé. Les concepts abstraits, en particulier, sont inexprimables par le mime : le temps, la contradiction, le rôle infirmier, la médiation thérapeutique ne sont pas des entités de sens qui peuvent être signifiées gestuellement. Certains chercheurs⁵ relèvent que le mime participait d'un proto-langage humain.

5 P. Gärdenfors, *Comment Homo est devenu Sapiens*, Editions Sciences Humaines, Paris, 2007.

Avant Homo Sapiens, Homo Erectus devait évidemment communiquer, mais il le faisait sans utiliser le langage articulé que nous connaissons mais plutôt par le biais d'onomatopées, complétées par une gestuelle. Cette gestuelle mimait la réalité décrite ou suggérée. Le mime serait donc un précurseur du langage parlé. Aujourd'hui la gestuelle accompagne encore le discours qu'elle vient compléter, ponctuer, renforcer. Peter Gärdenfors relate une expérience intéressante. Des sujets sont invités à regarder un dessin animé dans lequel des disparités sont introduites entre la gestuelle et le discours de personnages (les gestes disent autre chose que les mots). Lorsque l'on demande aux personnes de raconter l'histoire, ils relatent les éléments de l'histoire introduits par la gestuelle au détriment des éléments verbaux. Le geste a primé sur le mot.

Le mime est l'utilisation délibérée du corps pour communiquer, cette faculté suppose que le sujet s'exprimant imagine le mouvement avant de le réaliser. Il y a donc représentation et ajustement de soi afin d'adapter sa communication. Mais il existe aussi nécessairement représentation de l'autre et de ses capacités de compréhension pour que le message soit efficace.

La fonction thérapeutique du mime, et donc de l'utilisation du corps et du geste pour communiquer, est double : représentation et ajustement de soi (imaginer le mouvement) ainsi que représentation de l'autre et de ses capacités de compréhension. Ce deuxième point est important car il implique une théorie de l'esprit, c'est-à-dire la capacité de se représenter ce que l'autre pense, perçoit, ressent.

Précision

Le langage signé des sourds ne peut pas être considéré comme du mime. En effet les signes ne sont pas des représentants directs de ce qu'ils exposent, ils ne ressemblent pas à ce qu'ils expriment, ils sont donc arbitraires et symboliques, tout comme les mots du langage parlé. C'est pour cette raison que le langage signé des sourds peut tout exprimer, même les plus gracieuses subtilités.

Exemples de mimes⁶

Fiches actions concrètes : rencontrer un ami dans la rue – se dépêcher – hésiter – se détendre – monter des escaliers – peindre un mur – demander l'heure à un quelqu'un – jouer aux cartes – conduire une voiture – avoir froid – caresser un chien – regarder dans des jumelles – enfiler une veste, etc.

Fiches émotions, sentiments, états : l'anxiété – la peur – l'énervernement – le mécontentement – la fatigue – l'enthousiasme – le bonheur – la tendresse – la décontraction – l'étonnement – l'hésitation – la contrariété, etc.

Fiches actions complexes nécessitant d'introduire des signes de dialogues non verbaux (oui, non, presque, premier [mot], second, etc.) afin d'orienter ceux qui doivent trouver le sens du mime : attraper une mouche – prendre un bain très chaud – montrer son mépris à quelqu'un – avoir des puces – traverser une rue avec de la circulation – boire un café trop chaud – se baigner dans la mer quand l'eau est froide, etc.

6 La liste n'est pas exhaustive. Il est cependant souhaitable que les soignants essaient de mimer eux-mêmes (hors séance bien entendu) les actions ou les états qu'ils proposent afin de valider leur faisabilité.

Fiche méthode d'une séquence « mime »

Contexte		
<ul style="list-style-type: none"> - Groupe ouvert de 3 à 8 participants - Pré-requis : capacités de compréhension préservées - Animation à 2 soignants requise 	Salle fermée mais pas dédiée	Séances régulières, 1 à 2 par semaine
Préparation		
Les actions ou les états affectifs à mimer sont inscrits sur des fiches papier.		
Déroulement de la séquence		
<i>L'animateur</i>	<p><i>expose les consignes : « des actions ou des états affectifs sont inscrits sur ces fiches. Chacun d'entre vous, à tour de rôle, va tirer une fiche et la lire silencieusement. Il prend ensuite le temps d'imaginer l'action ou l'impact de l'état affectif sur lui ou sur quelqu'un d'autre. Enfin il mime pour les autres l'action ou l'état en question ».</i></p> <p><i>« Après chaque mime chacun pourra faire des commentaires en excluant les jugements de valeur. »</i></p>	
<i>Un patient</i>	<p><i>tire une fiche au hasard, lit silencieusement son contenu et prend le temps d'imaginer ce qu'il vient de lire.</i></p>	
<i>L'animateur</i>	<p><i>attend dix à quinze secondes puis encourage le patient à mimer.</i></p>	
<i>Le patient</i>	<p><i>mime ce qu'il a lu sur la fiche.</i></p>	
<i>L'animateur</i>	<p><i>invite le groupe à deviner ce que mime le patient.</i></p>	
<i>Le groupe</i>	<p><i>fait des propositions.</i></p>	
<i>Le patient</i>	<p><i>accepte ou réfute gestuellement les propositions du groupe.</i></p>	
<i>L'animateur</i>	<p><i>encourage le patient à modifier son mime si le groupe ne trouve pas.</i></p>	
<i>L'animateur</i>	<p><i>lorsque le groupe a trouvé, valorise l'implication du patient et propose à un autre patient de tirer une fiche.</i></p>	

Fiche méthode d'une séquence « mime » (Suite)

Recommandations		
<p>- Les différentes catégories de mimes proposées présentent des niveaux de difficulté différents. Les mimes d'actions concrètes sont les plus simples : courir, marcher, nager, saluer, etc. Les mimes d'états affectifs ou de sentiments sont plus complexes. Enfin, les mimes d'actions complexes nécessitent d'être à l'aise avec le langage non verbal car leur exécution implique des interactions entre celui qui mime et ceux qui doivent deviner l'action. Il est préférable de commencer la séquence par les mimes les plus simples.</p> <p>- Les animateurs devront certainement jouer eux-mêmes un ou plusieurs mimes lors de la première séance d'utilisation de cette technique. C'est encore une fois leur capacité à se mettre en scène sous le regard des autres qui permettra au groupe de patients d'oser faire le même travail. L'avantage de cette technique est qu'elle possède une force d'entraînement grâce à la jubilation qu'elle suscite, ce qui se révèle très facilitant pour l'animation.</p> <p>- Comme à chaque fois, un temps de reprise verbale est prévu en fin de séquence ou de séance afin de permettre à chacun d'exprimer son ressenti. Les animateurs sollicitent chaque participant et leur renvoient avec précaution ce qu'ils ont observé. Dans ce travail de reprise verbal il est possible de demander aux différents membres du groupe de commenter globalement ce qu'ils ont perçu de chacun. Dans ce cas les animateurs doivent rester particulièrement vigilants afin d'éviter tout jugement de valeur. Ce sont uniquement les capacités expressives de chacun qui seront commentées.</p>		

L'interprétation de photos ou de scènes filmées

Des photos présentant des situations relationnelles sont présentées aux patients : individus en discussion, foule, rue déserte, personne seule dans une gare, etc.... Il leur est ensuite demandé de décrire et d'interpréter ce qu'ils voient. Des questions peuvent venir stimuler l'interprétation : quelle est l'intention de tel personnage ? Qu'utilise-t-il pour se faire comprendre ?, etc.

L'objectif de ce travail est de développer l'observation et l'interprétation des intentions des états de l'autre. Comprendre ce qu'il vit ou ce qu'il désire permet d'optimiser la relation avec lui.

Fiche méthode d'une séquence « interprétation de photos ou de scènes »

Contexte		
<ul style="list-style-type: none"> - Groupe ouvert de 3 à 8 participants - Pré-requis : capacités de compréhension préservées - Animation à 2 soignants préférable 	Salle fermée mais pas dédiée	Séances régulières, 1 à 2 par semaine

Fiche méthode d'une séquence « interprétation de photos ou de scènes » (Suite)

Préparation	
Les animateurs ont préparé une trentaine de photos tirées de journaux, de revues ou d'Internet.	Les photos sont exposées sur une table. Elles peuvent être face contre table et donc non visibles, elles seront alors prises au hasard. Elles peuvent aussi être face visible et seront alors choisies par les patients.
Déroulement de la séquence	
<i>L'animateur</i>	<i>expose les consignes : « les photos qui sont sur cette table représentent des situations relationnelles. Vous en prendrez une à tour de rôle, prenez le temps de l'observer puis vous la commenterez pour les autres ». « Dans un second temps l'ensemble du groupe partagera ses commentaires sur la photo en question. »</i>
<i>Un patient</i>	<i>prend au hasard ou choisit une photo, l'observe puis la décrit au groupe.</i>
<i>L'animateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>insiste</i>, s'il le faut, pour que le patient prenne le temps d'observer la photo ; - <i>stimule</i>, si nécessaire, la verbalisation du patient par des questions larges : « <i>pouvez-vous nous décrire ce que vous voyez ?</i> », « <i>de quel type de paysage s'agit-il ?</i> », « <i>que semblent faire les personnages ?</i> », « <i>quelles semblent être leurs intentions ?</i> ».
<i>Les autres membres du groupe</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>écoutent la description</i> ; - <i>commentent la photo</i> lorsque le patient a lui-même terminé son commentaire.
<i>L'animateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>invite l'ensemble du groupe</i> à partager ses commentaires sur la photo ; - <i>reformule</i> les différents commentaires ; - <i>insiste</i> sur le fait que chaque interprétation a sa propre valeur ; - lorsqu'un patient propose une interprétation de la photo trop en décalage avec la réalité (interprétation délirante), il se contente de faire remarquer au patient qui fait la proposition que cette dernière n'est pas <i>partagée par le reste du groupe</i>.
<i>L'animateur</i>	<i>lorsque le groupe a terminé d'échanger, propose à un autre patient de prendre une photo.</i>

Recommandations

- La première difficulté pour les animateurs est de trouver des photos assez dépouillées et avec des personnages expressifs. Une photo trop chargée risque d'entraîner les participants dans des descriptions minutieuses et sans intérêt. Des personnages aux attitudes ambiguës peuvent entraîner des débats très longs sur leurs intentions. Voici quelques exemples de photos présentant des scènes exploitables pour ce travail :

un client arrivant avec ses bagages dans un hall d'hôtel et s'adressant à un employé ;

une personne perdue dans une rue demandant son chemin ;

un client mécontent s'adresse à un professionnel dans le service après-vente d'un magasin ;

un voyageur est interpellé par un douanier dans un aéroport, etc.

Il doit s'agir de situations simples dans un décor dépouillé présentant des personnages aux attitudes claires.

- Progressivement, au fil des séances et en suivant les progrès du groupe, il sera possible d'introduire des photos plus complexes mettant en scène des personnages aux attitudes équivoques.

L'investissement du champ social

Le travail relationnel réalisé en séance permet au sujet de renforcer ses compétences à ce niveau. Il développe à la fois un savoir-faire mais aussi, et c'est cela le plus important, une assurance dans la relation à l'autre. Les mises en situation répétées, analysées par le patient et commentées par le groupe sont autant d'expériences positives qui étayent de l'intérieur sa confiance en lui. Cependant le travail thérapeutique offre au patient un environnement favorable qui n'est pas toujours celui dans lequel il évolue tous les jours. En séances, les situations d'échec sont évitées le plus possible, le groupe et les animateurs rassurent le patient, adaptent leurs interactions, se positionnent en partenaires. La vie réelle n'offre pas de telles facilités. La relation à l'autre peut y être teintée d'indifférence, d'agressivité. Il peut donc être intéressant d'établir le lien entre séance et vie sociale en proposant aux participants d'effectuer des exercices en situation réelle entre les séances. Demander l'heure dans la rue à un inconnu, entrer dans un bar pour commander un café, aller essayer un pantalon dans un magasin sans l'acheter, etc. Chaque membre du groupe aura, dans un premier temps, à réaliser la même action. Les séances débutent alors par l'exploitation de ce qui a été vécu lors de cette inter-séance, chacun racontant sa tentative relationnelle. C'est aux animateurs du groupe d'évaluer si et à quel moment ce type de travail inter-séances est souhaitable et réalisable.

Les entretiens individuels intersessions

Les entretiens individuels intersessions ont pour objet d'aider le patient à prendre conscience de ses difficultés et à mesurer le niveau de ses capacités. Bien souvent le patient, surtout psychotique, ne s'attribue pas de responsabilité dans ses difficultés relationnelles car c'est la finalité même des mécanismes de projection dont il est l'objet que d'attribuer à l'autre ce qui n'est pas acceptable chez lui. Ce sont alors les autres qui sont agressifs, méfiants ou indifférents, ou encore trop conventionnels et qui sont responsables du caractère chaotique ou limité de sa relation à l'autre. Le travail en activités de groupe va mettre en évidence ses propres difficultés. Son premier réflexe sera de mettre un terme à sa participation si ses difficultés lui sont pointées de manière trop radicale. Il faudra toute l'habileté du soignant pour mettre en évidence ses défaillances, afin de les travailler, tout en soutenant son estime de soi. Les entretiens individuels sont alors une possibilité supplémentaire pour l'aider à accepter en douceur ses difficultés et à progressivement s'attribuer une part de responsabilité dans ses difficultés relationnelles ou son isolement social. Sans l'acceptation de cette part de responsabilité, la volonté du patient pour s'engager dans un travail de stimulation relationnelle restera vacillante.

De la même manière, un patient peut mettre un terme à sa participation à une activité lorsque celle-ci vient trop secouer son fonctionnement habituel. Le lien transférentiel établi individuellement avec un soignant référent permet de travailler sur la prise de conscience et l'acceptation de ses difficultés. Pour le patient, reconnaître face au soignant qui l'accompagne régulièrement ses difficultés à poser un acte efficace est autrement plus facile que de le faire face à un groupe de patients. C'est donc un préalable très facilitateur.

L'évaluation

Le travail sur les compétences relationnelles est en grande partie un travail comportemental. Il nécessite donc une approche structurée et gagnerait beaucoup à être précédé d'une évaluation fonctionnelle individuelle précise. Il s'agit de proposer à chaque participant d'évaluer ses difficultés relationnelles avant de commencer à participer aux séances. Les approches cognitivistes proposent ce type d'évaluation qui permet d'établir avec précision à la fois les points sur lesquels le patient doit travailler, mais aussi son évolution au terme d'un certain nombre de séances.

L'objectif est de faire prendre conscience au patient, en douceur, de ses difficultés relationnelles mais aussi de localiser et de quantifier ses difficultés avec le plus de précision possible. Dans quel type de situation la relation est-elle difficile ? Avec les hommes, les femmes, les groupes, les gens connus ou les anonymes, etc.

Le patient est invité lors d'un ou d'une série d'entretiens individuels à évaluer ce qui lui pose problème en matière relationnelle. Différents items lui sont proposés qu'il doit évaluer à l'aide d'une échelle de 1 à 10 par exemple.

Exemples

- Comment évaluez-vous vos capacités relationnelles (0 = incapable, 10 = à l'aise) ?
- comment évaluez-vous votre efficacité relationnelle (0 = inefficace, 10 = très efficace) ?
- comment évaluez-vous votre satisfaction dans la relation à l'autre (0 = toujours insatisfait, 10 = toujours très satisfait) ?
- comment évaluez-vous votre capacité d'initiative dans la relation à l'autre (0 = incapable, 10 = à l'aise) ?
- comment évaluez-vous la qualité de l'image que les autres ont de vous (0 = toujours déplorable, 10 = toujours excellente) ?
- vous sentez-vous à l'aise dans la relation à l'autre (0 = jamais, 10 = toujours) ?
- quelle est votre capacité à exprimer vos opinions dans une conversation (0 = jamais, 10 = toujours) ?

...

D'autres questions permettent de mesurer les difficultés relationnelles du sujet :

- que souhaiteriez-vous changer au niveau relationnel ?
- quelles sont les situations relationnelles qui vous posent le plus problème ?
- quels sont les moments relationnels que vous préférez ?, etc.

L'évaluation nécessite au moins un entretien initial et un entretien final afin d'établir une comparaison. C'est cette comparaison qui constituera l'évaluation. Il peut être intéressant, si le travail dure plusieurs mois, de prévoir des évaluations intermédiaires. Chaque étape de l'évaluation s'effectuera sur la base de la même grille d'observation et donc sur les mêmes questions.

Outils spécifiques

Le soignant peut, lui aussi, disposer d'un outil spécifique d'évaluation des capacités relationnelles de chaque patient. Cet outil portera sur un certain nombre d'aptitudes caractéristiques de la relation à l'autre :

- contact visuel ;
- expressivité du visage, concordance de cette expressivité avec la situation ;
- posture, mouvements et gestes ;
- voix, ton, débit, timbre, prosodie ;
- niveau d'énergie ;
- niveau d'accordage sur l'autre.

Ce travail d'évaluation est facilité si la séance est animée par deux soignants dont l'un est placé en situation d'observation tout en participant bien entendu.

5

Les activités thérapeutiques centrées sur le corps

Au tout début de sa vie le nourrisson est avant tout un être corporel poussé par des besoins pulsionnels (eux-mêmes stimulés par le désir de la mère). Le psychique, l'affectif, le cognitif ne se développeront que dans un deuxième temps. Ce sont donc les pulsions qui vont organiser la vie du nourrisson lequel, pour les satisfaire, va entrer progressivement en relation avec son environnement représenté en général par sa mère. C'est grâce à son corps et au mouvement que l'enfant découvre le monde. Ce corps en besoin incorporera ainsi progressivement les qualités de l'autre en même temps qu'il sera nourri, soigné, réchauffé (*cf.* chapitre 8, Aspects théoriques, La naissance du psychisme).

Pendant tout le développement de l'enfant, son corps sera l'enveloppe indispensable qui lui permettra d'entrer en relation et de se sentir sujet. C'est par les sensations perçues par le corps formant une enveloppe que le sujet peut se différencier de son environnement. Ce corps qui sépare du dehors, qui délimite, qui entoure, possède en fait deux faces : l'une tournée vers l'intérieur, l'autre vers l'extérieur. À la fois objet et sujet, il est *considéré* et *ce qui considère*, il est senti et sentant, regardé et regardant. Plus tard le sujet pourra dire : « *je vois mon corps par mon corps et je suis capable d'être à deux instants, à peine séparés dans le temps, le corps senti et le corps qui sent* ». Ainsi le corps est impliqué à différents niveaux dans l'existence de l'individu. Sujet, il peut être un outil de déplacement et de mobilité, de transformation du monde ou encore d'expression et de relation. Objet, il est un espace d'expérience participant au vécu et à l'individualisation de l'être (enveloppe, schémas corporels, vécu) ainsi qu'à son lien avec le monde (sensorialité, émotions).

La maladie psychique, comme les traitements qui y sont associés, viennent pourtant perturber les capacités fonctionnelles, expressives et sensorielles du corps. C'est ce que tentent de corriger les activités thérapeutiques centrées sur le corps.

Éléments conceptuels

Conscience du corps

Nous n'avons pas en permanence conscience de notre corps, celui-ci sait se faire oublier. Il sait aussi se rappeler à la conscience par les sensations et les émotions faisant vivre au sujet une vaste gamme d'éprouvés allant de la douleur extrême à l'orgasme, participant ainsi à colorer son existence. La conscience du corps alterne entre conscience des actes et conscience d'être. Le corps en action, lancé dans la résolution d'un problème, c'est le corps sujet (sujet de ses actes). L'individu en action dirige son attention (sa conscience) vers l'acte qu'il est en train d'accomplir. Le citadin qui bêche son petit jardin par un beau dimanche de printemps est tout entier dans ce qu'il fait, son œil embrasse d'un coup la terre, la bêche et l'étendue restant à retourner. Il suit de sa conscience l'alternance des montées et descentes de l'outil, la dureté de la terre, il modifie imperceptible l'angle d'attaque de la terre avec son outil en fonction de ce qu'il observe du relief (la position d'un caillou, une grosse motte de terre, etc.). Il s'est totalement oublié, il n'existe plus pour sa conscience, seuls existent l'outil et la terre. Puis d'un seul coup, peut-être la douleur d'un muscle, la brûlure du soleil, ou un simple coup de vent... outil et terre disparaissent et se trouvent remplacés dans le champ du conscient par le corps du bêcheur. Son attention se porte sur son corps, c'est le corps objet (objet de son attention) l'incitant à prendre en compte l'effet produit sur ce dernier et à agir en conséquence : étirement, pause, etc. Ainsi la conscience alterne en permanence entre focalisation sur l'action entreprise (qui peut être une pensée) et focalisation sur soi, entre faire et être, entre sujet et objet. Cette double conscience est l'un des attributs qui nous distingue de l'animal qui, si conscience il possède, celle-ci ne peut être que conscience de faire. Jamais (ou très rarement et de manière fugace) l'animal ne se regarde de l'intérieur, jamais il ne se prend pour objet de sa conscience de manière durable. Chez l'homme, l'adaptation à la réalité et à la complexité de la vie oblige l'individu à vivre dans ce va-et-vient permanent entre conscience d'être (objet de sa pensée) et conscience de faire (sujet de ses actes), entre conscience de soi et conscience du monde.

Cette double face du corps lui donne une position très particulière dans l'existence d'autant plus que, lorsqu'il n'est pas malade, il est très facilement oublié.

Corps et esprit

La perception du corps est par essence psychosomatique, les organes sensoriels sont parties intégrantes du corps mais pour que le corps s'éprouve et que cet éprouvé soit vécu, il doit s'inscrire dans l'espace psychique. La sensation s'éprouve dans le corps mais doit être traduite psychiquement pour être éprouvée : « *mon esprit me dit que mon corps ressent* ». Lorsque je dors, que je n'ai

plus conscience, mes sensations s'effacent, je ne ressens plus, sauf si mes sensations sont trop intenses et me réveillent, mais là, je suis à nouveau conscient et c'est mon esprit qui me dit que je ressens. Le ressenti fait lien entre corps et esprit.

Le corps biologique fait ainsi partie du soi total, il ne peut donc pas être ignoré lorsque l'on s'intéresse à la psychopathologie. Il n'existe pas de dualité corps-esprit mais une même entité, un même « être » chez lequel interagissent en permanence des modalités de vie psychique (pensées, représentation, impressions, sentiments) et des modalités de vie somatique (sensations, émotions, mouvements, etc.).

Le corps espace d'expérience : les éléments de la corporéité

La conscience du corps n'est pas une donnée acquise, elle est le résultat de la relation que le sujet a et a eu avec son corps, elle se modifie donc en fonction des expériences. Plusieurs éléments participent à la formation de cette conscience : vécu (émotions), schéma et image corporels, identité corporelle, sensorialité, émotions.

Approche phénoménologique centrée sur le vécu

La phénoménologie est une approche philosophique de la connaissance, du savoir, qui s'inscrit entre l'approche réaliste (ou empirique) et l'approche subjectiviste. Pour la première la connaissance se forme au contact du monde extérieur, qui a donc une réalité en soi. La seconde postule une connaissance exclusivement idéiste, voire imaginaire.

Dans l'approche empirique¹ le monde s'impose au sujet et peut être soumis à son expérience. Il possède donc une existence réelle indépendante de l'imagination du sujet qui pense et il peut être appréhendé par ses sens, il est donc perçu. Dans ce cadre, l'image qu'envoient les sens à son esprit est objective, c'est-à-dire partagée et conforme à l'original. Cette position correspond au sens commun. Elle rejoint l'intuition et place l'homme dans une position séparée par rapport au monde. Cependant, en posant la connaissance comme un reflet fidèle de la réalité extérieure, objective, il est difficile d'expliquer les erreurs, les différences de point de vue, l'appréciation subjective d'une même réalité entre deux individus, et encore moins les connaissances abstraites telles que les mathématiques, le cosmos ou l'infiniment petit qui ne sont pas le produit de notre expérience.

Pour la thèse subjectiviste, le monde n'est pas perçu mais conçu. Le sujet n'a accès qu'à ses propres connaissances et rien ne peut lui permettre de vérifier l'objectivité du monde. Poussée à l'extrême, cette position permet d'affirmer

1 Les principaux défenseurs de l'empirisme sont David Hume (1711-1776), *Traité de la nature humaine* (1737) et John Locke (1632-1704), *Essai sur l'entendement humain* (1690).

que rien d'autre n'existe que ce que le sujet pense : les sensations, les images, les relations à l'autre ne sont qu'objets de son imagination, qu'idées, que création de son seul esprit. Sans aller aussi loin, la limite de nos sens, qui peuvent facilement être trompés, vient postuler en faveur de cette thèse subjectiviste que l'on nomme aussi idéaliste, car elle met en avant les idées sur l'expérience. Il est assez facile de prendre conscience de la faillibilité de nos sens qui nous montrent, par exemple, le soleil tourner autour de la terre alors que c'est l'inverse qui se produit, ou qui nous font nous sentir immobiles alors que nous sommes sur une terre qui tourne à plusieurs milliers de kilomètres à l'heure autour du soleil. Cette thèse est régulièrement confirmée par le fait que deux individus vivant le même événement pourront en avoir des perceptions très différentes. Le soir qui tombe sur la ville pourra signifier une fête qui s'annonce pour l'un et la plongée dans la solitude pour l'autre, et si l'on demande à ces deux personnes de décrire ce crépuscule, les images qu'ils évoqueront pourraient paraître très différentes.

Mais il est peut-être possible de combiner les deux approches et de penser que le monde qui nous entoure est une donnée réelle, concrète, palpable et indépendante de notre volonté mais qu'il est aussi appréhendé par chacun d'entre nous de manière différente en fonction de nos cadres de pensée dominants, influencé par notre culture, nos expériences de vie, l'idiosyncrasie de notre subjectivité. Cette reconstruction d'un réel partagée par l'esprit est reprise non seulement par la psychologie cognitive mais aussi par la psychanalyse.

Il existe une troisième approche philosophique de la connaissance : la phénoménologie. Cette dernière vient jeter un pont entre réalisme et subjectivisme. Pour Husserl, monde et sujet existent bien mais ils sont étroitement liés. C'est le corps qui est le lien entre le dedans et le dehors, entre ce qui est moi et non-moi, l'individu se trouvant jeté dans le monde. Le corps est vécu comme un élément faisant à la fois partie du sujet et du monde ; il est élément de relation entre le dedans et le dehors. (Nous retrouvons là un lien fort avec l'espace transitionnel de Winnicott situé entre subjectivement conçu et objectivement perçu (cf. *Entre psycho et sociothérapie : l'espace transitionnel*). Le corps est à la fois possession de l'individu, mais il est aussi élément du monde avec lequel il interagit en permanence pour exister. Il en est de même des objets et des idées qui possèdent un substrat réel, mais qui acquièrent une existence seulement parce qu'un esprit les considère. Les choses en soi n'ont donc pas de signification ; elles sont posées dans le monde, inertes. Elles acquièrent leur valeur et leur signification seulement grâce à la pensée qui les appréhende, les définit, les répertorie, les classe. Pour la phénoménologie, c'est donc la rencontre entre la pensée et le monde qui donne existence et sens aux choses. La pensée est évidemment considérée comme un élément, une émanation du corps.

Dans le cadre de cette relation de l'homme au monde, l'élément fondamental est le phénomène, c'est-à-dire tout ce qui est vécu par l'individu dans l'instant présent, tout ce qui est expérimenté dans l'« ici et maintenant », sans *a priori* et sans référence au passé. La phénoménologie se concentre sur ce rapport

immédiat de l'individu au monde, c'est-à-dire sur l'expérience, l'éprouvé, qu'ils soient sensoriels, émotionnels ou réflexifs. Elle considère chaque événement vécu indépendamment, hors de ses liens avec d'autres événements de l'existence. La phénoménologie de la perception de Maurice Merleau-Ponty met en avant les sensations et l'effort nécessaires pour les découvrir « *comme si c'était la première fois qu'elles étaient vécues* ». Parce qu'il ne se réfère pas à ce qu'il a déjà vécu, l'individu a accès à sa subjectivité, sans préjugés ni *a priori*. Comprendre et accepter sa propre perception, c'est se comprendre et s'accepter soi-même. Cette relation particulière au monde à travers l'expérience immédiate que postule la phénoménologie se retrouve en permanence dans le point de vue thérapeutique de Carl Rogers.

Dans le cadre de cette approche centrée sur le vécu, le corps prend une valeur particulière puisqu'il fait lien entre soi et non-soi c'est-à-dire entre le sujet et le monde. Le corps est l'instrument de l'appréhension du monde. La corporeité appartient à l'ouverture de l'homme sur le monde, elle n'est autre que le domaine de cette ouverture se présentant sous la forme corporelle, elle est la réalité concrète par laquelle l'homme habite le monde².

Ce corps vécu de la phénoménologie n'est rien d'autre que le corps dont nous sommes conscients lorsque nous faisons l'effort de centrer notre attention sur lui ; il est assis sur différentes représentations qui, sans jeux de mots, lui donnent corps : le schéma corporel, l'image du corps, l'identité corporelle, la sensorialité, la vie émotionnelle.

Le schéma corporel

C'est la « *représentation que chacun se fait de son propre corps et qui lui permet de se repérer dans l'espace. Fondée sur des données sensorielles multiples proprioceptives et extéroceptives, cette représentation schématique est nécessaire à la vie normale...³* ».

Le schéma corporel est un élément de synthèse qui permet au sujet de se sentir un, de se vivre comme une entité distincte dans l'espace et lui permet d'accéder à un sentiment de permanence et de continuité. C'est une sorte de modèle vécu qui résulte de la synthèse de l'histoire du corps dans ses rapports avec le monde et le sujet. Il est le fruit de l'intégration des expériences sensorielles et des réponses motrices de l'organisme en évolution dans l'environnement. Il se modifie donc avec l'histoire du sujet. Il est inscrit au niveau physiologique et surtout neurologique et constitue une représentation inconsciente qui agit en permanence sur le sujet et lui sert de base dans sa relation au monde. La cohérence de ce schéma offre à l'individu une assise solide dans son rapport au monde.

2 H. Bossu, C. Chalaguier, *L'expression corporelle, méthode et pratique*, Editions du Centurion, Paris, 1974.

3 H. Piéron, *Le vocabulaire de psychologie*, collection Quadrige, PUF, Paris, 2003.

L'image du corps

L'image du corps se superpose au schéma corporel sur un plan émotionnel. C'est l'idée que le sujet se fait de son corps, la valeur qu'il lui accorde, l'estime qu'il lui porte. C'est un contenu psychique constitué d'une représentation affective. L'image du corps se construit en référence au développement individuel mais elle est aussi façonnée en référence au monde social, à ses codes et à ses normes. C'est une représentation de soi fragile, fluctuante, fortement liée à l'estime de soi.

Le schéma corporel est donc un élément de synthèse vécu et inscrit au niveau physiologique alors que l'image de soi est un jugement affectif se déployant au niveau psychique.

L'identité corporelle⁴

C'est l'intégration des données concernant le corps du sujet liant schéma corporel, image de soi, sensorialité, capacités motrices et praxiques. C'est à la fois le corps réel et ses possibilités et le corps imaginaire appréhendés dans l'ici et maintenant ; c'est aussi le fruit de ce qui est senti dans l'instant et de ce qui est inscrit historiquement. C'est le résultat de l'histoire corporelle, sensorielle et affective du sujet.

La sensorialité

Les sens sont des percepteurs qui relient le sujet à son environnement. Mais leur aspect fonctionnel est totalement lié à la subjectivité de l'être. Le toucher permet d'évaluer la qualité de certains éléments de l'environnement, une tasse trop chaude, la douceur d'un tissu, etc. dans un objectif de protection du sujet. Mais il permet aussi d'apprécier qualitativement un objet de manière esthétique, voire émotionnelle. Il en est de même de la vue ou de l'ouïe qui nous permettent à la fois de nous diriger dans le monde en évitant les obstacles mais qui nous font aussi accéder au plaisir de voir et d'entendre un spectacle. Ainsi si les sens sont les outils qui permettent d'apprécier les informations en provenance de l'environnement, ce sont aussi eux qui qualifient les stimuli externes à travers les notions de plaisir et de douleur. Pour ce faire les sens sont liés synchroniquement et diachroniquement au sujet. L'odeur d'un parfum, par exemple, convoque une impression immédiate (bon/pas bon) mais aussi médiante à travers ce que ce parfum rappelle à l'individu comme souvenirs et affects associés. L'odeur de la cannelle n'appelle pas seulement le plaisir d'une tarte aux pommes qui s'annonce mais aussi l'évocation de doux moments passés en famille. Les sens ne sont donc pas seulement des récepteurs d'informations, ce sont aussi de puissants stimulateurs affectifs.

Enfin il est important de préciser que les sens sont aussi de puissants outils de compréhension du monde. En effet, si la compréhension est l'effet de l'esprit,

4 P. André, T. Benavidès, F. Giromini, *Corps et psychiatrie*, Heures de France, Paris, 2004.

de l'intellect, de la cognition, elle est aussi fortement liée aux perceptions sensorielles qui informent en permanence l'esprit. Prendre une décision nécessite d'évaluer des éléments objectifs, de les mesurer, de les comparer. Acheter une voiture, par exemple, nécessite de connaître son prix, sa consommation, le prix de sa carte grise, mais l'achat ne pourra avoir lieu sans prendre aussi en compte son aspect esthétique, le plaisir de la conduite, le toucher de ses sièges, l'impression qu'elle fera sur les autres. Tous ces éléments sont des éléments sensoriels, subjectifs, sans liens avec une décision d'achat rationnel, mais ils participent fortement à notre compréhension du monde et à la prise de nos décisions.

Vue, ouïe, odorat, toucher, goût conditionnent donc non seulement l'appréhension du monde mais aussi son appréciation et sa compréhension.

La sensibilité humaine n'est pas uniquement relative aux cinq sens. Elle concerne aussi un niveau corporel profond ou cénesthésique (sensibilité interne) ainsi que la position et les mouvements des membres ou kinesthésie.

La vie émotionnelle

La définition du concept d'émotion est particulièrement difficile car il recouvre en fait plusieurs acceptions.

Charles Darwin définissait les émotions comme des facultés d'adaptation et de survie de l'organisme vivant, c'est-à-dire comme des éléments essentiels de l'existence.

Des études en neurobiologie ont démontré que les émotions sont un mélange de plusieurs facteurs biochimiques, socioculturels et neurologiques. Elles se traduisent par des réactions spécifiques : motrices (tonus musculaire, tremblements, etc.), comportementales (incapacité de bouger, agitation, fuite, agression, etc.), et physiologiques (pâleur, rougissement, accélération du pouls, palpitations, sensation de malaise, etc.)⁵.

Elles sont en rapport étroit et permanent avec nos décisions et nos actions. Elles se révèlent être des motivateurs qui influencent les choix et les perceptions de l'individu. Elles participent donc activement à la vie affective et caractérisent la base motivationnelle de l'existence, colorent l'existence et lui donnent sa saveur et sa valeur. Sans émotions l'existence serait une suite d'événements uniquement hiérarchisés par l'urgence ou le calcul.

Enfin, les émotions jouent un rôle clé dans les processus d'apprentissage en agissant sur la capacité de mémorisation, sur la rétention de l'information et sur l'attention.

En soi les émotions ne sont donc ni bonnes ni mauvaises, elles existent tout simplement et sont le fruit de réactions biologiques déclenchées par des événements internes ou externes (à l'organisme). Elles participent, en lien avec les productions des sens, à l'information du sujet sur son environnement et sur son état.

5 Définition tirée de l'encyclopédie gratuite en ligne Wikipédia.

On distingue généralement quatre émotions de base, la peur, la colère, la tristesse, la joie ; on y ajoute parfois le dégoût et la surprise. La gamme des sentiments habituels est dérivée de ces quatre émotions de base. Ainsi, la jalousie, l'énervement ou la haine dérivent de la colère, l'anxiété ou la culpabilité de la peur, l'exubérance ou la décontraction de la joie et, enfin, la timidité comme le découragement de la tristesse. Les sentiments sont donc à différencier des émotions, ce sont des expériences mentales privées provoquées par ces dernières. Les émotions sont des réactions brèves, intenses et déclenchées automatiquement alors que les sentiments sont des états diffus et durables.

Les quatre émotions de base sont opératoires, elles ont chacune leur fonction.

La colère est une réaction naturelle à une blessure ou à une perte (d'une personne, d'un objet, d'un endroit, etc.). C'est une étape du processus de deuil, colère contre l'injustice du sort, contre les médecins qui n'ont pas été suffisamment efficaces, contre le sujet lui-même qui n'a pas su... L'expression de la colère est pourtant fréquemment réprimée car elle est socialement peu admise. Elle signifierait l'incapacité à se contenir ou l'intolérance à la frustration. En fait la colère permet au sujet de se faire respecter dans des situations d'injustice. Bien sûr l'expression de cette colère doit être compatible avec le respect de l'autre et de l'environnement et proportionnée au préjudice subi.

La tristesse permet de décharger la tension liée au chagrin ou à la perte. Tout lien se termine un jour et la façon naturelle de gérer cette perte est de vivre la tristesse ressentie. Dominer cette tristesse entrave la tentative de l'organisme de rétablir l'équilibre physiologique et psychologique. Se laisser aller à la tristesse a un effet cathartique mais aussi symbolisant puisqu'il permet de nommer ce qui fait mal, tout d'abord en soi et ensuite à destination de l'autre.

La peur signale un danger, réel ou imaginaire, et provoque un état d'alerte générale qui prépare l'individu à fuir, à se protéger ou à se défendre. Elle possède donc une fonction de protection face à un environnement jugé dangereux. La peur face à un objet non réel (objet imaginaire, situation anticipée) s'appelle anxiété.

La joie est l'émotion qui met tout le corps en énergie, elle permet la métabolisation du bonheur. Elle développe des endorphines euphorisantes, sorte de morphine naturelle.

Généralités

Les émotions, comme c'était le cas pour les productions des sens, sont liées aux événements vécus dans l'immédiat par l'individu mais aussi à son histoire et donc à des souvenirs plus lointains.

Les émotions ont une vie, elles provoquent une tension de et dans l'organisme, tension qui doit être évacuée soit par une décharge motrice, soit par une symbolisation (mise en mots). La décharge de la tension permet de ramener l'organisme à l'équilibre et à la détente dans une dynamique de nature homéostatique. Cependant les conventions sociales répriment l'expression

spontanée des émotions et ce, dès le plus jeune âge. Les injonctions parentales du type : « *ne te mets pas en colère* », « *moins fort quand tu ris* », « *arrête de pleurer, c'est plus de ton âge* », « *tu n'as pas à avoir peur* », etc., conditionnent les dispositions de l'individu, non seulement à exprimer ses émotions en temps réel mais aussi à les ressentir. L'enfant, et plus tard l'adulte, ne s'autorisera pas à ressentir l'émotion relative à la situation vécue alors que celle-ci impacte l'organisme et imprime son effet. C'est ainsi que, en fonction de son histoire, le sujet peut s'interdire totalement l'accès à certaines émotions (peur ou colère) et répondre aux situations susceptibles de générer ces émotions par des comportements défensifs (fuite, humour, rationalisation, etc.). Il peut aussi avoir recours à une émotion écran dans des situations pourtant variées et ressentir de la tristesse ou de la colère alors qu'il est agressé.

Les patients accueillis dans les institutions psychiatriques, qu'ils soient psychotiques ou états limites, sont en difficulté dans la gestion de leurs émotions (cf. chapitre 1, Rôle infirmier et soin en santé, mentale, Le soin psychiatrique). Les émotions qui traversent ces patients ne prennent pas sens, elles restent donc des événements internes incompréhensibles et non maîtrisables. Elles font alors pression en permanence sur le sujet et cherchent une voie de sortie à travers la décharge motrice (le passage à l'acte) ou le délire (pour le patient psychotique). Lorsque ces deux possibilités ne sont pas opérantes, le patient ne peut que nier ces émotions en utilisant des mécanismes de défense très lourds tels que le déni, le clivage ou la projection.

Le corps outil : les différents moyens corporels

Le corps n'est pas seulement un espace d'expérience, c'est aussi un outil permettant au sujet d'agir dans le monde. Cette action possède deux grandes motivations. Elle est tout d'abord productive, dans ce cadre le corps permet la transformation des éléments de l'environnement du sujet ; elle est ensuite expressive, le corps participant alors à la communication avec l'autre. Dans son rôle d'outil le corps s'appuie sur plusieurs possibilités, tonus, motricité, mouvement, gestuelle, praxis, mais aussi, comme au sein du cadre de l'appréhension du corps comme espace d'expérience : sensorialité et émotions. La qualité de ces possibilités dimensionne les potentialités du sujet à agir dans le monde.

Le tonus

Le tonus peut être défini comme une contraction musculaire permanente et modérée entretenue par des influx nerveux. Les structures qui le régulent sont dispersées tout le long du névraxe à différents niveaux⁶. Le tonus accompagne et exprime les états affectifs du sujet, assure la motricité et permet au sujet

6 P. André, T. Benavidès, F. Giromini, *Corps et psychiatrie*, Heures de France, Paris, 2004.

d'adapter sa gestualité aux contraintes de la réalité. Il constitue le fondement le plus précoce de la relation à l'autre et s'inscrit à la base de toute activité.

Le tonus joue un rôle important dans la capacité de découverte du monde par l'enfant. C'est l'adaptation des impulsions toniques à son environnement qui va lui permettre d'explorer, d'expérimenter le monde. Pour l'adulte on parlera plutôt d'exploitation du monde. Le tonus est ainsi une possibilité dynamique qui s'inscrit entre le corporel et le psychique.

Les troubles du tonus sont nombreux et variés : hyper- ou hypotonie, synkinésie (mouvements parasites), raideurs, paratonies, tremblements, (difficultés de relâchement musculaire volontaire), dyspraxies (maladresse, troubles de la coordination), etc.

La motricité globale (le mouvement)⁷

La motricité globale concerne les activités permettant la mise en mouvement du corps. Ces activités sollicitent différentes parties du corps et nécessitent l'intervention et la coordination de groupes musculaires importants. Trois types de mouvements participent à cette motricité globale :

- les mouvements non locomoteurs, impliquant des changements de position ou de posture, sans déplacements dans l'espace (par exemple : lancer, attraper, pivoter, se pencher, se redresser, pousser, tirer, s'étirer, etc.). L'équilibre est fortement sollicité dans ce niveau de production moteur ;
- les mouvements locomoteurs qui impliquent le déplacement du corps en entier dans l'espace (par exemple : marcher, courir, sauter, ramper, rouler, aller à bicyclette, nager, skier, etc.). D'un point de vue neurologique, c'est le dispositif pyramidal qui est responsable de ce niveau moteur ;
- la position stable ou maintien de la posture qui exige un contrôle de l'effort musculaire (par exemple : maintenir une position assise, se tenir sur un ou deux pieds, etc.). On parle de motricité extra-pyramidale. L'allure du corps, son aisance, son adaptation, la précision des mouvements dépendent de ce substrat tonique postural extra-pyramidal.

La motricité globale, bien que « globale » comme son nom l'indique, doit être appréhendée à travers différentes composantes qui la caractérisent : dissociation, contrôle moteur, contrôle de l'effort, coordination.

La dissociation : c'est la mise en œuvre d'une autonomie de mouvement de certaines parties du corps par rapport à l'ensemble, on parle alors de dissociation segmentaire. La dissociation simple concerne l'exécution d'un mouvement isolé, indépendant du reste du corps et mobilisant une seule partie du corps (par exemple : lever un bras, ouvrir et fermer une main, taper du pied, etc.), alors que la dissociation double est relative à l'exécution de mouvements distincts avec deux membres différents, sans que tout le corps soit en action (par exemple : écrire avec la main droite et tenir la feuille avec la main gauche, tirer une

7 N. Chevalier, R. Rigal, *Motricité globale et tonus*, tiré du site Internet : www.er.uqam.ca/nobel/r12110/pdf/ (consulté en décembre 2009).

corde par des mouvements alternatifs des bras pendant que le reste du corps est immobile, jouer d'un instrument de musique, etc.).

Le contrôle moteur relève de la capacité à contracter ou relâcher volontairement la tension musculaire des différentes parties du corps, d'activer-inhiber le mouvement afin d'exercer un contrôle sur les paramètres du mouvement : précision, direction, vitesse, amplitude, etc.

Le contrôle de l'effort musculaire permet d'adapter l'effort musculaire aux exigences des tâches à effectuer.

Enfin *la coordination* consiste en la combinaison synchronique de mouvements préalablement dissociés afin de produire un effet souhaité.

La motricité fine (le geste)

La motricité fine concerne l'activité manipulative sollicitant l'intervention et le contrôle de petits muscles et nécessitant de la précision ou de la dextérité : utilisation d'objet, latéralité, écriture, etc.

Le geste

Le geste est un mouvement ou un ensemble de mouvements doté d'une intention. Cette intention peut être consciente (saluer quelqu'un de la main) ou inconsciente (retirer sa main du feu). Il a donc nécessairement un sens à la fois pour le sujet lui-même mais aussi pour un observateur éventuel.

Philippe Kostka⁸ nous rappelle qu'il est possible de mettre en évidence un langage gestuel où se signalent différents gestes :

- les gestes descripteurs : l'index qui sert à désigner, la mimique qui ponctue le langage verbal (affirmation, négation) ;
- les gestes expressifs, ils expriment une émotion ou un sentiment ;
- les gestes symboliques, ils sont conventionnels et relatifs à la culture (salut militaire, signe de croix).

Le geste possède donc une fonction pragmatique, réaliser une action, s'exprimer, mais il est aussi un puissant révélateur du sujet. Nos gestes nous trahissent, soit parce qu'ils révèlent nos capacités, notre adresse, notre maladresse, notre spontanéité, etc. soit parce qu'ils disent ce que l'on aurait voulu cacher. La gestuelle est donc de plain-pied dans le monde de la communication, soit consciemment, soit à notre insu.

Ces quelques éléments nous permettent déjà de mettre en évidence à quel point le fait de disposer du contrôle de son corps permet non seulement d'agir efficacement dans le monde, prendre, se déplacer, désigner, mais aussi de maîtriser (en partie) les signaux involontaires que l'on émet en direction de l'environnement, et donc de contrôler sa communication et l'image que l'on donne à voir à l'autre.

⁸ Philippe Kostka, psychomotricien, tiré du site internet: <http://www.psychomotnet.com/> (consulté en décembre 2009).

Aspects psychopathologiques

De nombreux facteurs interviennent dans le développement psychomoteur du sujet humain. La génétique tout d'abord impose un patrimoine à chacun. Mais ce n'est qu'un potentiel qui, pour une part, pourra fructifier ou au contraire s'amenuiser, s'épuiser. C'est l'environnement qui servira de support au développement de ce patrimoine. La place dans la fratrie, les choix éducatifs des parents, l'environnement naturel vont se combiner et influencer le développement de l'enfant. Mais le facteur essentiel d'un développement psychomoteur harmonieux, et donc du déploiement du potentiel hérité, reste la vie relationnelle à travers la qualité et la continuité de l'attention qui sera portée à l'enfant attaché à l'existence d'un sentiment de sécurité externe puis interne.

Dans ce cadre il n'est pas étonnant que les pathologies psychiatriques aient un impact fort sur les possibilités corporelles du sujet malade. Leur enracinement précoce dans la vie relationnelle impacte bien sûr le psychisme mais aussi le corps, puisque les deux se développent de pair. Ce sont alors autant les capacités productives et expressives qui seront altérées que la manière dont le sujet vit son corps de l'intérieur.

Trois catégories de troubles corporels peuvent être repérées en lien avec les pathologies psychiatriques. Elles touchent à l'expressivité, la conscience du corps et l'efficacité fonctionnelle.

Les difficultés expressives

C'est le corps ralenti, voire endormi par la maladie. Le geste ne vient plus spontanément seconder ou compléter la parole. Le corps perd ses qualités expressives et ne traduit plus les intentions du sujet mais seulement son état de mal. La pauvreté des mouvements, la limitation des gestes, l'inhibition globale du corps, son affaissement, son engluement ne signent plus qu'une seule modalité expressive, celle de la souffrance.

Cela peut aussi être à l'inverse l'hyperactivité, la précipitation gestuelle, les débordements moteurs qui viennent montrer la fuite en avant du psychisme et ne proposent plus les scansionnements nécessaires à la dynamique expressive.

Cela pourra aussi se manifester par la discordance entre geste et signification, entre mouvement et idée qui va venir signer l'incohérence interne dont est victime le sujet.

Les altérations de la conscience du corps

La psychose peut amener une véritable modification du vécu corporel pouvant aller jusqu'à une perte de l'intégrité corporelle, altérant les limites du corps, perturbant la continuité de l'enveloppe corporelle, modifiant le vécu des perceptions. Le corps peut alors vivre un véritable envahissement ou au contraire s'expanser dans l'environnement qui n'est plus séparé hermétiquement. Il peut aussi, puisque son unité n'est plus assurée, s'enfoncer dans une gestuelle totalement inefficace, les mouvements constitutifs du geste n'étant plus

organisés, synchronisés ; il glisse alors dans une véritable désorganisation praxique. Chaque segment corporel n'est plus relié à l'ensemble du corps.

Dans la dépression, l'humeur triste retentit sur le corps et met en avant les affects dépressifs et un vécu corporel douloureux. Ce vécu corporel négatif nourrit des représentations de soi dépréciées, dévalorisées, péjorées et renforce les affects dépressifs qui vont à leur tour renforcer le vécu corporel négatif et une dévalorisation de l'image du corps. Le corps devient un objet honteux, mal aimé, voire repoussant. Il peut être traité en ennemi qui sera maltraité ou il viendra exprimer la souffrance du sujet qui pourra aller jusqu'à la mutilation ou la tentative de suicide.

Au contraire, c'est le cas de la manie, le corps peut déborder d'énergie, ne jamais se laisser toucher par la fatigue, s'inscrire dans un mouvement perpétuel, dans une spirale dynamique intarissable. Il est alors vécu comme un allié indéfectible, dans un gonflement narcissique insatiable... jusqu'à l'effondrement.

L'anxiété massive peut, et cela dans de nombreuses pathologies, venir imposer un vécu corporel douloureux. De l'hypertension musculaire, des raideurs, des mouvements parasites vont alors venir imposer une sensation unique et envahissante de douleur. Plus généralement le corps peut constituer le lieu d'expression d'une souffrance psychique qui ne peut être pensée et, dans ce cas, susciter des plaintes permanentes.

Enfin le corps peut être, à tort ou à raison, vécu comme inesthétique, ou même carrément laid, disgracieux. Il peut aussi être vécu comme incapable, inefficace, ridicule, sans valeur, insignifiant, ou encore honteux ; c'est le corps névrosé.

Les troubles de l'efficacité fonctionnelle

Ce sont les difficultés motrices et gestuelles. Le corps peut manquer d'énergie, l'asthénie et l'adynamie prédominer, l'effort devient alors difficile, voire impossible, l'action dans le monde limitée. C'est là encore le corps du dépressif, corps passif, sans vigueur, corps gênant ou culpabilisé. C'est aussi le corps du vieillissement, surtout pour les sujets trop longtemps inactifs, dont les muscles sont flasques, les sensations appauvries, les perceptions floues, les gestes improductifs.

Mais les difficultés motrices et gestuelles peuvent aussi venir d'une trop grande expansivité, d'une hyperactivité. L'agitation motrice est couplée à une absence de projet ou à une alternance trop rapide de projets ; elle génère une inefficacité, une improductivité des mouvements et des gestes. Socialement cette inflation motrice amène à une utilisation aberrante du corps, niant sa pudeur, s'offrant sans retenue au regard de l'autre qui ne fait plus miroir. C'est le corps du maniaque.

Le corps peut être agi de manière impulsive, lorsque les possibilités de mentalisation du sujet sont carencées. L'acte (décharge motrice) s'impose alors comme la seule manière de soulager le sujet d'un vécu insupportable. Les affects, les sensations sont vécus sans pouvoir être transformés mentalement et prendre

sens. La pression qu'ils exercent sur le sujet ne peut pas être évacuée progressivement par une mise en sens communicable. La pensée, et donc la parole, ne peuvent venir jouer leur rôle apaisant ; il ne reste au sujet que la voie de la décharge motrice.

Enfin les effets secondaires des neuroleptiques peuvent altérer la motricité du sujet. Les effets peuvent être extrapyramidaux : crampes, attitude en opisthotonos, raideurs, gêne à la mastication, protusion de la langue, mâchonnement, crise oculogyre, plafonnement. Ils peuvent aussi être parkinsonien : akinésie (lenteur, perte de l'initiative motrice), rigidité musculaire, tremblements en action et au repos. Ils peuvent relever d'une hyperkinésie : akathisie (impossibilité de rester dans une même position, impatiences), déambulation.

Les différentes approches corporelles et leurs mécanismes thérapeutiques⁹

Pour présenter les différentes approches thérapeutiques nous adopterons la catégorisation proposée par Pierre André, Thierry Benavidès et Françoise Giromini qui spécifie trois types de dispositifs thérapeutiques. Ces derniers peuvent être mis en liens avec les deux aspects du corps que nous avons identifiés : le corps espace d'expérience et le corps outil.

Le corps espace d'expérience : les thérapies psychosensorielles

Le corps appréhendé comme un espace d'expérience est pris en compte dans les *thérapies psychosensorielles*. Ces dernières sont fondées sur une exploration introspective de la sensorialité. Elles s'appuient sur une stimulation sensorielle qui doit permettre au sujet de prendre conscience de ce qu'il vit dans son corps. C'est donc la relation de l'individu à son corps qui est visée à travers la détente, l'éveil et l'intégration des sensations tactiles et cénesthésiques, l'accès au plaisir. Différentes techniques sont utilisées dans ce cadre : la relaxation et les méthodes de relâchement tonico-musculaire, les techniques de massage, l'hydrothérapie et l'enveloppement humide.

Les effets thérapeutiques sont constitués à la fois par la sensorialité engagée dans l'ici et le maintenant, c'est l'effet immédiat, et par la recherche de sens et de signification concernant ce qui est vécu ou ressenti, éventuellement en référence à l'histoire du sujet, c'est l'effet médiateur.

Le corps outil, quant à lui, est l'objet du travail dans les thérapies expressives et dans les thérapies perceptivo-motrices.

Le corps outil : les thérapies expressives

Les *thérapies expressives* considèrent le corps dans sa fonction d'expression, de relation. Elles visent le renforcement de la confiance en soi à travers la

9 P. André, T. Benavidès, F. Giromini, *Corps et psychiatrie*, Heures de France, Paris, 2004.

confrontation et l'acceptation du regard de l'autre, l'enrichissement de l'expression gestuelle (danse, expression corporelle). Elles mettent l'accent sur la réalisation de gestes ou de mouvements à travers lesquels la dimension esthétique joue un rôle, même si celle-ci n'est pas recherchée de manière manifeste ; elles travaillent à replacer le corps dans son rôle de support à l'expression orale en restaurant sa force symbolique. Ces thérapies sont : la danse et les techniques associées ; les techniques théâtrales : le mime, le jeu dramatique, l'improvisation dramatique, le jeu spontané, le jeu de rôle, le psychodrame, etc. ; les techniques à support artistique : dessin, modelage, etc.

Les effets thérapeutiques sont constitués par l'engagement du corps dans la relation. Cet engagement du corps passe par le renforcement de ses qualités expressives à travers un contrôle de la démarche, de l'attitude, du regard, de la gestuelle et par la recherche de sens, de significations de ce qui est vécu ou ressenti, éventuellement en référence à l'histoire du sujet.

Le corps outil : les thérapies de simulation motrice (ou perceptivo-motrices)

Les *thérapies de stimulation motrice* visent à restaurer et renforcer les possibilités productives du sujet. Elles mettent l'accent sur la dynamique et la production du mouvement ainsi que sur les capacités du sujet à intervenir sur son environnement. Il s'agit de rechercher une amélioration praxique, une meilleure maîtrise du comportement, de l'impulsivité, une liberté du geste. Les activités ludiques, physiques et sportives constituent les interventions fondamentales de ce type de travail, dans des dispositifs collectifs ou individuels : yoga, tai-chi-chuan, parcours psychomoteurs, tout comme le bricolage ou les arts plastiques

Les effets thérapeutiques sont constitués par l'aspect concret et opératoire des effets de la mise en acte du corps. C'est l'aspect comportemental de ces activités. L'efficacité progressivement gagnée tout comme le plaisir ressenti fonctionnent comme des renforcements positifs, comme des satisfactions qui attirent le patient vers l'envie de s'engager dans l'action et de recommencer. La satisfaction est construite non seulement sur l'excitation du moment mais aussi sur la prise de conscience (expérimentale) de la capacité à agir efficacement, à gagner en précision et en maîtrise des situations. En effet, l'engagement dans l'action augmente les capacités du sujet à interagir avec son environnement, à construire des réponses comportementales dans l'immédiat, à gérer l'imprévu et la surprise qui caractérisent la relation aux autres dans l'existence de tous les jours. Progressivement, grâce à la répétition de ces expériences, il intègre une nouvelle image corporelle, moins péjorée, une meilleure expression gestuelle, il expérimente le changement de regard porté par l'autre sur son corps et change son propre regard sur lui-même.

Il existe donc un *apprentissage par l'expérience* dans une dynamique comportementale. Ce qui est visé c'est une réappropriation globale du corps dans la recherche d'une meilleure efficacité du geste et de son intégration par l'individu à travers ses fonctions productives et expressives.

La dimension cognitive de ces activités n'est pas à négliger. L'expérimentation produite par la situation de jeu fonctionne à la manière du processus d'équilibration décrit par Piaget. Ce processus fonctionne sur la base de deux mécanismes complémentaires : l'assimilation et l'accommodation. L'assimilation est le mécanisme par lequel le sujet intègre des données de son environnement. Si ces données sont en contradiction ou en inadéquation avec ses possibilités de compréhension ou de réponse, le sujet va modifier quelque chose en lui, et donc évoluer, afin de pouvoir les prendre en compte : c'est l'accommodation. L'équilibration est donc un mécanisme d'adaptation et de développement. C'est un mécanisme qui agit de manière automatique quelle que soit la conscience que le sujet a de son action. Pour Piaget ce mécanisme intervient dans le cadre du développement de l'enfant, mais il est tout à fait possible, l'expérience le montre régulièrement, de transférer son schéma de compréhension dans le cadre des mécanismes d'adaptation du sujet adulte à son environnement.

Le mécanisme thérapeutique des thérapies de stimulation motrice est aussi caractérisé par la mise en acte du corps qui permet d'évacuer un trop plein de tension inélaborable. L'activité pulsionnelle produit une tension qui nécessite une transformation progressive et socialisée, ce que permet la mise en mots. Pour certains patients, cette mise en mots est structurellement impossible ou carencée, la mise en actes du corps peut prendre alors le relais pour évacuer cette tension ; c'est ce qui se passe dans le cadre des passages à l'acte. Dans les activités corporelles, c'est la dynamique des jeux qui, en mettant le corps en action, permet de soulager la tension interne mais cette fois-ci vers un but particulier (passer la balle, marquer un but, arriver le premier, etc.). Ce travail canalise la tension et l'agressivité issues de l'activité pulsionnelle et permet sa libération de manière maîtrisée. L'individu fait l'expérience de sa capacité à dominer son environnement en maintenant son angoisse à un niveau supportable.

Les différentes activités centrées sur le corps : les thérapies psychosensorielles

Chacune des techniques exposées ci-dessous est présentée sous forme de séquence qui, comme pour les activités à visée relationnelle, peut constituer en fonction des capacités du groupe de patients et du temps disponible, une séance d'activité thérapeutique à part entière ou bien une simple séquence, c'est-à-dire un moment organisé dans une séance. Dans ce dernier cas plusieurs séquences différentes peuvent être articulées dans une même séance.

Développement et exploitation du champ expérientiel de l'individu

Il s'agit de faire vivre au sujet des expériences impliquant son physique afin de l'aider à prendre conscience de son corps.

L'échauffement au sol¹⁰

Ce travail d'échauffement et de prise de conscience progressive du corps peut être proposé dans de nombreuses activités thérapeutiques corporelles ; c'est une sorte de travail polyvalent de réappropriation du corps. Cela constitue un temps pour être et pour éprouver.

Technique

L'ensemble des participants (animateurs compris) est allongé sur le dos. Le travail consiste à prendre conscience des points d'appui du corps (omoplates, coudes, bassin, coccyx, talons, colonne vertébrale, occiput, etc.) à travers des mouvements simples. L'animateur invite les participants à prendre conscience des différentes parties du corps, il guide la prise de conscience (voir chapitre 2, L'animation des activités thérapeutiques de groupe, La guidance verbale)

Consignes : il s'agit de réveiller les différentes parties du corps ; le squelette (infrastructure du corps), les articulations (liens internes du corps), la peau (frontière du corps), les muscles (moteur du corps).

Fiche méthode d'une séquence d'échauffement au sol

Contexte		
<ul style="list-style-type: none"> - Groupe ouvert de 3 à 8 participants - Pré-requis : pas d'états aigus - Animation en solo possible mais préférable à 2 	<ul style="list-style-type: none"> - Salle calme, dédiée à ce type d'activité - Il est important que la salle utilisée ne soit pas associée à des éléments de la vie du service mais qu'elle représente un espace réservé à un travail sur soi - Le sol doit être chaud (pas de carrelages) - La salle doit être suffisamment vaste pour permettre la mobilisation des participants sans qu'ils se gênent 	Séances régulières, 1 à 2 par semaine
Préparation		
Des tapis de sol individuels seront prévus si le sol n'est pas suffisamment chaud.	La salle ne doit pas comporter d'éléments de décoration qui attireraient trop l'attention des participants (posters, photos, etc.).	Un système musical peut être disponible.

10 C. Yelnick, Entre corps et rêverie, la danse, in *Revue Art-thérapie* n° 96-97, juin 2007.

Fiche méthode d'une séquence d'échauffement au sol (Suite)

Déroutement de la séquence	
<i>Départ de la séquence</i>	L'ensemble des participants (animateurs compris) est allongé sur le dos.
<i>L'animateur</i>	<i>expose les consignes : « Le travail que nous allons faire ensemble consiste à prendre conscience des points d'appui du corps : omoplates, coudes, bassin, coccyx, talons, colonne vertébrale, occiput, etc., à travers des mouvements simples que je vous indiquerai. Vous n'aurez qu'à suivre mes consignes ».</i>
<i>L'ambiance</i>	<i>doit être calme, l'animateur peut mettre une musique relaxante.</i>
<i>L'animateur</i>	<i>réalise les mouvements tout en les énonçant :</i> - « Vous sentez vos talons sur le sol, ils sont lourds ils s'enfoncent dans le tapis... » - « Vos épaules touchent le tapis, elles bougent légèrement, s'échauffent, vos bras suivent le mouvement, caressent le sol, se déploient, comme des ailes... »
	- « Vous frottez votre dos sur le sol, vous cherchez à avoir le plus de contact possible avec le sol puis, progressivement, vous réduisez le contact, de plus en plus, il ne reste que le moins possible de votre dos en contact avec le sol. Progressivement, vous reprenez contact, votre dos enfle, s'élargit, s'épand, le contact avec le sol est plein... » ... Il n'existe pas de progression type dans ce travail. L'animateur vit le moment dans l'ici et maintenant en même temps que le groupe. Il se laissera donc guider par son état personnel avec le projet de faire partager ce qu'il vit au groupe de patients. C'est donc son état corporel du moment et sa créativité qui serviront de guide à ses consignes.
<i>Le groupe</i>	<i>suit les consignes énoncées par l'animateur.</i>
Recommandations	
	- Les consignes gagnent en efficacité si elles sont énoncées de manière métaphorique. Elles prennent ainsi plus valeur de proposition que de consignes directives. - Le ton de la voix est évidemment fondamental, sa douceur vient renforcer l'effet de proposition des consignes. - Une musique légère et lente introduit un effet de relaxation et peut permettre d'évacuer les préoccupations des participants. - La musique peut, <i>a contrario</i> , avoir pour effet de détourner l'attention des participants de leurs sensations corporelles. Elle est donc à employer avec discernement.

La prise de conscience de ces différentes parties du corps grâce aux sensations doit amener à une détente progressive. Il se crée des liens dans ce temps d'échauffement. Des liens entre participants car les processus d'identification, de rencontre d'imaginaires mettent en liens les sujets ressentant. Il se crée aussi des liens internes entre imaginaires et vécu, entre les mots et les sensations, entre le corps et l'activité psychique.

Le toucher thérapeutique

Les techniques relevant du toucher thérapeutique sont en fait des techniques de massage. Bien sûr il ne s'agit pas du même massage que peut pratiquer un masseur kinésithérapeute, dont la fonction vise à réparer un trouble médicalement diagnostiqué ou de pallier un handicap. Dans ce cadre l'action vise la réparation d'une fonction. Le toucher thérapeutique (ou toucher-massage) est un modèle de communication interpersonnelle, il s'agit d'entrer en contact avec un patient afin de l'aider à éprouver son corps.

Fiche méthode d'une séance de toucher thérapeutique

Contexte		
<ul style="list-style-type: none"> - Séquence <i>individuelle</i> - Pré-requis : pas d'états aigus - Animation solo 	<ul style="list-style-type: none"> - Salle fermée mais pas dédiée à ce type d'activité - Le sol doit être chaud si le travail se fait en position couchée 	Séances en fonction des besoins
Préparation		
Des tapis de sol individuels sont prévus si le sol n'est pas suffisamment chaud et que le travail s'effectue en position couchée.		Un système musical peut être disponible.
Déroulement de la séquence		
Les séances durent environ trois quarts d'heure et sont construites en trois phases.		
<i>Départ de la séance</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Le patient est installé au sol sur un tapis si le sol est froid. - Le massage peut cependant se réaliser assis ou couché : il s'agit de massage doux, lent, principalement centré sur les extrémités, mains et pieds, ainsi que sur le visage car ce sont des zones où sont concentrés les récepteurs sensitifs tout comme dans les zones érogènes. Les bras, les jambes et le dos peuvent aussi être massés mais il importe toujours de veiller à ne pas érotiser le contact, c'est pourquoi il est souvent préférable de s'en tenir au contact des extrémités et du visage. - Si les membres sont massés, ils le sont de l'extrémité vers la racine. Le toucher du dos pourra supporter des pressions assez fortes et maintenues en insistant sur les zones para-vertébrales. 	

Fiche méthode d'une séance de toucher thérapeutique (Suite)

<i>L'ambiance</i>	doit être calme, la lumière tamisée si cela est possible.
<i>Le patient</i>	<i>se laisse aller à la détente.</i>
<i>Progression de la séance</i>	La séance se poursuit debout, par une mise en mouvement du corps à travers des exercices de respiration, d'étirement, d'équilibre. Le but de ce travail est de réveiller progressivement le corps qui aura été détendu par le massage, de lui redonner une certaine dynamique, dans le but de le préparer à l'activité quotidienne. Les mouvements proposés sont accompagnés de propos attirant l'attention du patient sur ses sensations corporelles : « <i>vous gonflez votre poitrine, vous retenez l'air à l'intérieur, vous sentez votre poitrine gonflée, vous soufflez...</i> », « <i>Vous levez les deux bras vers le plafond, vous les étirez au maximum, vous les sentez s'étirer...</i> ».
<i>Fin de la séance</i>	La séance se termine par un temps de récupération et de verbalisation. Cette verbalisation permet au patient de relier les sensations et les perceptions aux représentations.
<i>Aspects techniques</i>	Différentes techniques peuvent être utilisées telles que l'effleurage, la pression, la friction, la vibration, le pétrissage, le pince roulé.
<i>Le groupe</i>	<i>Le toucher-massage peut se réaliser en groupe</i> mais nécessite, pour cela, de disposer d'un masseur pour un patient. Dans ce cadre les masseurs qui seront donc des patients suivront les consignes données par l'un d'entre eux afin que chaque duo soit dans la même progression.
Recommandations	
Le toucher-massage peut être réalisé dans un cadre formel, ce sont les activités thérapeutiques. Il peut aussi être pratiqué de manière informelle, chez les personnes âgées par exemple, lors de l'aide à la toilette. Les massages des mains se prêtent particulièrement bien à ce travail informel : « <i>Le massage commence quand nous prenons la main : il convient de s'y arrêter, de masser chaque détail afin que chaque fibre musculaire soit stimulée, d'ouvrir la paume, d'écarter comme pour agrandir et allonger encore les lignes de vie. Le massage débute par l'effleurage superficiel du membre supérieur en entier. Puis toute la main est sollicitée par des mouvements circulaires, en profondeur sur les parties charnues. Les doigts sont massés sur les côtés dans le sens centrifuge, sur le dessus et le dessous dans le sens centripète ; ils sont étirés délicatement et mobilisés raisonnablement : en extension, en flexion, en rotation¹</i> ».	

¹ Monique Zambon, tiré du site Internet *Paroles des mains*, <http://papidoc.chic-cm.fr/34parolemains.html>

*Objectifs spécifiques*¹¹

C'est tout d'abord le réinvestissement corporel qui est visé. Les problématiques de dépression sont de bonnes indications car le toucher permet d'aider le patient à abandonner graduellement ses ratiocinations et à se centrer sur son corps. Il en est de même pour les patients ayant un vécu corporel dissocié (psychotiques) ou altéré (états limites), qui peuvent trouver, grâce au relâchement corporel et aux sensations de plaisir, une revalorisation corporelle. Le corps est réinvesti.

Le toucher thérapeutique permet ensuite d'effectuer un travail sur la contenance. Grâce aux sensations cutanées, aux impressions kinesthésiques et coenesthésiques, le toucher établit ou renforce une prise de conscience des limites et de la cohésion corporelle.

Le toucher thérapeutique constitue aussi une excellente introduction à la relaxation. Cette dernière nécessite un lâcher-prise qui n'est pas toujours accessible, en particulier chez certains patients pour lesquels la maîtrise de soi et de l'environnement est primordiale (problématiques obsessionnelles).

Les contre-indications sont bien sûr les situations où le patient érotisera le toucher ou les états délirants lors desquels il risquerait de vivre le toucher comme une intrusion insupportable.

Mais si le toucher-massage produit un bénéfice direct, il permet aussi de construire une relation à travers le dialogue qui s'établit entre les deux protagonistes. Toucher et se laisser toucher nécessite un accord fondé sur la confiance mutuelle, sur l'abandon de soi dans les mains de l'autre (pour le massé) et sur la volonté de faire du bien à l'autre (pour le masseur). On parle de dialogue tonico-émotionnel. Il s'agit d'un dialogue assis sur une communication non verbale dans lequel les sensations et les émotions sont vécues en direct. Ce vécu archaïque doit impérativement être traduit en mots, soit en direct, soit en différé afin de ne pas rester seulement au niveau de l'expérience mais d'être intégré à la vie psychique du sujet. Nous sommes là dans la visée psychothérapeutique du soin : mettre en mots le ressenti, l'affectif.

En conclusion, le toucher thérapeutique permet au patient de modifier le rapport à son corps, de ne plus le vivre comme une machine organique défaillante et de restaurer l'image qu'il a de ce dernier ainsi que son effet contenant. Il permet aussi au patient d'établir une relation signifiante avec un soignant sur une base non verbale. Les actes réalisés et les effets produits peuvent être mis en mots afin de passer d'une dimension sociothérapeutique à une dimension psychothérapeutique.

La relaxation

Il existe de nombreuses méthodes de relaxation ; la plus utilisée dans les institutions psychiatriques est certainement la relaxation progressive de Jacobson qui peut se pratiquer en groupe ou individuellement, dans le cadre d'un service

11 P. André, T. Benavidès, F. Giromini, *Corps et psychiatrie*, Heures de France, Paris, 2004.

de soins, mais qui peut aussi se pratiquer seul à domicile. Le training autogène de Schultz, bien que ne bénéficiant pas du même engouement que la méthode Jacobson, représente un moyen thérapeutique tout aussi efficace. Les deux approches ont en commun de viser le relâchement du tonus musculaire dans le but de créer une détente globale, physique et psychique.

Ces techniques sont bien évidemment éducatives et comportementales mais également, nous le verrons, cognitives.

La relaxation progressive de Jacobson

L'objectif est clairement la détente psychique.

Fiche méthode d'une séquence de relaxation type Jacobson

Contexte		
<ul style="list-style-type: none"> - Groupe ouvert de 3 à 8 participants - Pré-requis : pas d'états aigus - Animation solo possible 	<ul style="list-style-type: none"> - Salle calme, dédiée à ce type d'activité - Il est important que la salle utilisée ne soit pas associée à des éléments de la vie du service mais qu'elle représente un espace réservé à un travail sur soi - Le sol doit être chaud (pas de carrelages) - La salle doit être suffisamment vaste pour permettre la mobilisation des participants 	Séances régulières, 1 à 2 par semaine
Préparation		
Des tapis de sol individuels seront prévus si le sol n'est pas suffisamment chaud.	La salle ne doit pas comporter d'éléments de décoration qui attireraient trop l'attention des participants (posters, photos, etc.). La lumière doit pouvoir être atténuée.	Un système musical doit être disponible.
Déroulement de la séquence		
<i>Départ de la séquence</i>	<ul style="list-style-type: none"> - L'ensemble des participants est allongé sur le dos. - L'animateur reste assis ou debout pour énoncer ses consignes, il ne participe pas à la séance. - S'il y a un coanimateur, il participe à la séance en suivant les consignes. - Dans certaines situations, la relaxation de type Jacobson peut se réaliser assis. 	

Fiche méthode d'une séquence de relaxation type Jacobson (*Suite*)

<i>L'animateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>guide le groupe verbalement</i> en lui demandant de contracter progressivement puis de relâcher chaque partie de son corps en suivant un schéma préétabli. Il guide le groupe en citant les différentes parties du corps ; - il propose de commencer par un doigt, voire une phalange, puis une seconde, etc. - il change ensuite de doigt, toujours phalange par phalange ; - puis passe au poignet, à l'avant-bras, au bras, à l'épaule, etc.
	<ul style="list-style-type: none"> - il passe progressivement au cou, au visage, au tronc, puis revient à l'autre bras, toujours graduellement. À chaque étape il demande aux patients de contracter le segment proposé, de garder la contraction tout en portant son attention sur cette tension puis de relâcher la tension en restant attentif aux sensations liées au relâchement.
<i>L'ambiance</i>	doit être calme, l'animateur peut mettre une musique relaxante.
<i>Le groupe</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>suit les consignes verbales</i> énoncées par l'animateur ; - chaque patient prend, de cette manière, conscience de l'ensemble de son corps et identifie précisément l'état de tension et celui de relâchement de chaque segment. Il apprend à contrôler son corps, partie par partie et, de répétition en répétition, apprend à accéder plus rapidement à un état de détente musculaire. Bien entendu, une seule séance ne suffit pas toujours à parcourir ainsi l'ensemble du corps.
Recommandations	
<ul style="list-style-type: none"> - La même méthode peut être utilisée, non pas en demandant au sujet relaxé de contracter puis de relâcher ses muscles, mais simplement de porter son attention et de prendre conscience de ses segments les uns après les autres. - Le ton de la voix est fondamental, elle doit envelopper le groupe de patients afin de les guider avec douceur mais conviction. La qualité de guidance de cette voix va permettre aux patients de rester concentrés sur leur corps et de ne pas se laisser envahir par leurs préoccupations. - Une musique légère et lente renforce l'effet de relaxation. - La musique peut aussi avoir pour effet de détourner l'attention des participants de leurs sensations corporelles. Elle est donc à employer avec discernement. - Un temps de reprise verbale est prévu en fin de séance afin de permettre à chacun d'exprimer son ressenti. L'animateur sollicite chaque participant et lui renvoie avec précaution ce qu'il a observé de lui pendant la relaxation. - L'animateur doit disposer de qualités particulières pour animer ce type de travail qui s'expriment par un ton vocal propice, par l'adaptation de la progression des consignes à chaque groupe de patients et par une qualité de présence induisant l'abandon des participants. Ces qualités ne sont pas innées, elles se développent mais requièrent souvent une formation adaptée. 	

Le cheminement très précis des contractions-relâchements ou de prises de conscience des différents segments corporels, guidé verbalement par l'animateur, accapare inévitablement l'attention du sujet qui y consacre l'essentiel de sa concentration. Il est alors totalement plongé dans ses sensations corporelles et laisse de côté préoccupations, soucis et anxiété. Avec l'expérience, le sujet parvient à entrer dans un état de relâchement et de relaxation très rapidement. Il peut même expérimenter cet état seul, chez lui, ou sur un banc dans la rue. Il contrôle le niveau de tension musculaire dans la vie de tous les jours en fonction du besoin des situations et parvient, ainsi, à accéder à un état de relaxation quand il le souhaite.

On se rend compte, dans cette pratique, que la dimension groupale et ses qualités d'entraînement ne jouent pas car, même pratiquée en groupe, la relaxation reste une expérience individuelle, puisque chaque participant est centré entièrement sur lui-même. Le groupe peut même être un obstacle, car les bruits des autres, quintes de toux, raclements de gorges, etc., peuvent venir perturber la concentration du sujet. Néanmoins le temps et l'énergie consacrés à animer un groupe sont identiques au temps et à l'énergie nécessaires à relaxer une personne ; le groupe prend là toute sa valeur.

Le mécanisme

Edmund Jacobson a fondé sa technique sur les travaux en physiologie du système neuromusculaire. Il définit la relaxation comme l'absence de toute contraction musculaire s'exprimant, du point de vue électromyographique, par un silence électrique absolu. L'état de relaxation est donc bien un état de relâchement musculaire. Mais ce relâchement n'est recherché que parce qu'il permet, par contiguïté, de mettre le psychisme au repos. En effet muscles et psychisme sont en relation dans le système cérébro-neuro-musculaire, système dans lequel les muscles représentent la partie périphérique.

Le mécanisme est donc comportemental puisqu'il y a apprentissage de la maîtrise du corps, celle-ci étant obtenue grâce, dans un premier temps, à la suggestivité de l'individu. Mais le mécanisme est aussi cognitif puisqu'il y a maîtrise de l'attention, de la concentration et plus globalement de la « machine à penser ». Le système cognitif sélectionne en effet les informations à traiter en excluant celles en provenance de l'environnement (hormis la voix de l'animateur) pour se focaliser sur celles provenant de l'intérieur (tension, relâchement).

Ce travail de conscientisation du corps ou de segments corporels peut être réalisé dans le cadre de séances spécifiques de relaxation ou lors de moments d'expression corporelle, de musicothérapie active, etc.

Il est à noter que la relaxation de type Jacobson, en particulier, de par son aspect codifié, très progressif, risque d'apporter à certains patients obsessionnels la possibilité d'une ritualisation qui pourrait alors venir renforcer leur pathologie. Le cheminement de la conscience sur les différents segments du corps devient alors un rituel incontournable. Il existe dans ce cas une contre indication.

Le training autogène de Schulz

L'objectif est, là aussi, la détente psychique, mais cette fois-ci son accès n'est pas recherché exclusivement par la détente musculaire mais tout autant par le contrôle physiologique des organes et des fonctions.

Fiche méthode d'une séquence de relaxation type training autogène de Schulz

Contexte		
<ul style="list-style-type: none"> - Groupe ouvert de 3 à 8 participants - Pré-requis : pas d'états aigus - Animation solo possible 	<ul style="list-style-type: none"> - Salle calme, dédiée à ce type d'activité - Il est important que la salle utilisée ne soit pas associée à des éléments de la vie du service mais qu'elle représente un espace réservé à un travail sur soi - Le sol doit être chaud si le travail se fait en position couchée - La salle doit être suffisamment vaste pour permettre la mobilisation des participants sans gêne 	Séances régulières, 1 à 2 par semaine
Préparation		
Des tapis de sol individuels seront prévus si le sol n'est pas suffisamment chaud et que le travail se fait en position couchée.	<ul style="list-style-type: none"> - La salle ne doit pas comporter d'éléments de décoration qui attireraient trop l'attention des participants (posters, photos, etc.). - La lumière doit pouvoir être atténuée. 	Un système musical peut être disponible.
Déroulement de la séquence		
<i>Départ de la séquence</i>	<ul style="list-style-type: none"> - L'ensemble des participants est allongé sur le dos ou assis sur des fauteuils confortables. - L'animateur reste assis ou debout pour énoncer ses consignes (qu'il ne réalise pas lui-même). - S'il y a un coanimateur, celui-ci participe à la séance en suivant les consignes. - Le travail se réalise généralement les yeux fermés. 	
<i>L'animateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>guide le groupe</i> vers différents états qui vont concerner certaines parties du corps et certaines sensations ; - <i>il utilise des consignes simples et répétitives</i> : « <i>Votre bras gauche est lourd ; vous le sentez lourd, de plus en plus lourd</i> »... - il passe ensuite, de la même manière, à l'autre bras puis aux jambes et progressivement à l'ensemble du corps. 	

Fiche méthode d'une séquence de relaxation type training autogène de Schulz (*Suite*)

	<p>En induisant la pesanteur des membres c'est le relâchement et la détente musculaire qui sont recherchés. (Le travail porte sur les membres entiers et non sur des parties de membres comme c'était le cas dans la méthode Jacobson.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - après la pesanteur l'animateur va, de la même manière, expérimenter la chaleur. <p>Cette fois-ci il s'agit d'agir sur le système vasculaire et d'entraîner une vasodilatation qui participera à la sensation de paix, de bien-être, de calme.</p> <p>Il sera possible ensuite d'aller vers un contrôle de différentes fonctions ou organes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le cœur : « <i>Votre cœur bat calme et fort</i> » ; l'animateur peut venir placer sa main sur la poitrine d'un patient pour l'aider à sentir la sensation, par la suite le sujet utilisera sa propre main. L'objectif est de maîtriser le rythme cardiaque et d'induire un rythme plus lent rendant possible le relâchement, la détente ; - le contrôle respiratoire sera lui aussi expérimenté ; - tout comme la chaleur au niveau de l'abdomen ou la fraîcheur du front, etc. <p>La suggestion de l'animateur se fera progressivement moins directive et plus métaphorique : « <i>vous ressentez de la fraîcheur sur votre front, comme un léger tamponnement d'eau de Cologne... comme si un souffle frais caressait légèrement votre front</i> ». C'est une réaction vasoconstrictive qui est recherchée cette fois-ci, la fraîcheur du front est, là encore, une sensation induisant le bien être.</p> <ul style="list-style-type: none"> - en cours de séance l'attention est guidée vers la sensation de relâchement, de détente générale de l'ensemble du corps mais aussi de l'esprit ; - à la fin de chaque séance l'animateur demande aux participants de respirer profondément, de se mouvoir en accentuant progressivement la vigueur de leurs mouvements et, enfin, d'ouvrir les yeux.
<i>L'ambiance</i>	doit être calme, les patients installés avec confort, l'animateur peut mettre une musique relaxante.
<i>Le groupe</i>	<i>suit les consignes verbales</i> énoncées par l'animateur.
Recommandations	
<ul style="list-style-type: none"> - Là encore le ton de la voix est fondamental. - Un temps de reprise verbale est prévu en fin de séance afin de permettre à chacun d'exprimer son ressenti. - Tout comme la relaxation de type Jacobson, le training autogène nécessite de développer certaines compétences qui peuvent requérir une formation spécifique. 	

Le training autogène, plus encore que la relation progressive de Jacobson, peut et même doit être utilisé seul par le patient lorsqu'il en éprouve le besoin lors d'un moment de stress ou d'angoisse. Cette technique permet ainsi au sujet de gérer de manière autonome et adaptée ses états internes.

D'une manière générale les techniques de relaxation sont très efficaces, elles permettent un accès rapide à la maîtrise corporelle et sensitive, à la détente physique et psychique et concourent à la sédation de l'anxiété. Elles participent totalement du rôle propre infirmier et peuvent être utilisées en groupe comme en individuel. À ce titre elles peuvent très bien être intégrées dans le cadre de face à face en début et/ou en fin d'entretien, si l'espace le permet.

La détente musculaire (relaxation sèche)¹²

Cette méthode propose une progression d'exercice de contraction-décontraction, étirement-relâchés. Elle se développe à partir de la position debout jusqu'à la position couchée et retour.

Fiche méthode d'une séquence de détente musculaire

Contexte		
<ul style="list-style-type: none"> - Groupe ouvert de 3 à 8 participants - Pré-requis : pas d'états aigus - Pas de déficit de mobilisation important - Animation à 2 requise 	<ul style="list-style-type: none"> - Salle calme, dédiée à ce type d'activité - Il est important que la salle utilisée ne soit pas associée à des éléments de la vie du service mais qu'elle représente un espace réservé à un travail sur soi - Le sol doit être chaud si le travail se fait en position couchée - La salle doit être suffisamment vaste pour permettre la mobilisation des participants 	<p>Séances régulières, 1 à 2 par semaine</p>
Préparation		
<p>Des tapis de sol individuels seront prévus si le sol n'est pas suffisamment chaud et que le travail se fait en position couchée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La salle ne doit pas comporter d'éléments de décoration qui attireraient trop l'attention des participants (posters, photos, etc.). - La lumière doit pouvoir être atténuée. 	<p>Un système musical peut être disponible.</p>

12 H. Bossu, C. Chalagui, *L'expression corporelle, méthode et pratique*, Centurion, Paris, 1974.

Fiche méthode d'une séquence de détente musculaire (Suite)

Dérroulement de la séquence	
<i>Départ de la séquence</i>	<ul style="list-style-type: none"> - L'ensemble des participants est debout. - L'animateur est debout pour énoncer ses consignes, il réalise les mouvements en même temps que le groupe. - Le coanimateur participe à la séance en suivant les consignes.
<i>L'animateur</i>	<p>- <i>énonce verbalement ses consignes</i> : « nous allons mettre notre corps en route progressivement. Pour cela vous suivrez mes consignes que vous réaliserez en même temps que moi ».</p> <p>La séance commence par une mise en route progressive des articulations : poignets, coudes, épaules, cou, hanches, genoux, chevilles. Elle continue par des étirements et relâchés des bras alternativement puis ensemble vers le haut et les côtés. L'étirement (sur l'inspiration) et le relâché (sur l'expiration) doivent être progressifs et la respiration maximale. Ce sont ensuite les jambes et le buste qui sont concernés par les étirements ;</p>
	<p>- <i>guide le groupe</i> à travers des consignes exprimées simplement : « vous faites tourner votre poignet gauche en douceur... puis le poignet droit... vous faites pivoter votre avant-bras gauche, toujours doucement... puis le droit... etc. ».</p> <p>Toujours en position debout, la séance se poursuit par une mise en mouvement de la tête par des rotations douces, puis des épaules, bras tombant puis bras levés, ensuite du tronc et, enfin, des hanches. Les rotations s'effectuent dans un sens puis dans l'autre ;</p> <p>- <i>se déplace</i> dans la salle pour encourager par sa proximité un patient en difficulté de compréhension ou de mobilisation.</p> <p>Les mouvements d'étirement et de rotation peuvent être combinés à l'envie</p>
<i>L'ambiance</i>	doit être calme, les patients suffisamment espacés pour ne pas se gêner dans leurs mouvements, l'animateur peut mettre une musique relaxante.
<i>Le groupe</i>	<i>suit les consignes verbales</i> énoncées par l'animateur et se repère si besoin sur les mouvements des animateurs.
<i>Progression de la séquence</i>	<i>descente vers le sol</i> . Celle-ci est codifiée : départ en étirement en inspiration puis descente en enroulant le corps sur l'expiration, réception sur le dos. Le mouvement doit être lent et contrôlé.
<i>L'animateur</i>	<i>a pris soin, si besoin est, de proposer un tapis de sol à chaque participant.</i>

Fiche méthode d'une séquence de détente musculaire (Suite)

<i>Progression de la séquence</i>	<i>Sur le dos.</i> Après un temps de respiration profonde, l'animateur propose au groupe de prendre conscience du contact des différentes parties du corps avec le sol. Il guide oralement cette prise de conscience en citant les différentes parties du corps. Les patients sont invités à porter leur attention sur la partie du corps nommée. – « Vous sentez votre dos s'enfoncer dans le sol... puis votre bras gauche s'enfonce lui aussi, il est très lourd, etc. » Cette prise de conscience est suivie d'un travail de contraction progressive des différentes parties du corps en suivant toujours l'énumération de l'animateur. Enfin un travail de lever (sur inspiration) et de reposer (sur expiration) des membres l'un après l'autre, puis de la tête est proposé. Il est possible de combiner les levers : bras gauche et jambe droite, jambe gauche et tête, etc.
<i>L'animateur</i>	<i>se déplace dans la salle</i> pour aider les patients au travail de prise de conscience en plaçant, par exemple, ses mains sur le bras d'un participant afin de lui faire sentir son membre devenir lourd et s'enfoncer... Il se déplace ainsi de l'un à l'autre, en particulier vers ceux qui semblent en difficulté de concentration ou de compréhension.
<i>Progression de la séquence</i>	<i>Remontée.</i> La remontée est progressive : sur le côté, genoux à la poitrine, appui avec les mains.
<i>Le groupe</i>	<i>suit les consignes.</i>
Recommandations	
<ul style="list-style-type: none"> - Dans ce travail les animateurs sont des variables d'ajustement. Ils se déplacent et se rapprochent de l'un ou l'autre des participants, lui apportant stimulation et encouragement. Il s'agit non pas de viser la perfection du mouvement mais sa prise de conscience par le patient. Ce dernier doit parvenir à sentir son corps bouger pour progressivement maîtriser son mouvement. - L'attitude rassurante et contenant des animateurs permet le laisser-aller des participants. - Une reprise verbale est proposée en fin de séquence ou de séance. 	

L'enveloppement humide¹³

L'enveloppement humide ou Pack est un enveloppement humide et froid (bien qu'il existe aussi des enveloppements chauds) qui enserre le corps. L'objectif et d'aider le sujet, à travers des sensations tactiles, à prendre conscience des limites de son corps. Très largement à destination du patient psychotique, l'enveloppement induit des sensations corporelles et tactiles qui vont s'imposer à lui et lui fournir la réalité d'une limite.

13 P. André, T. Benavidès, F. Giromini, *Corps et psychiatrie*, Heures de France, Paris, 2004.

Réintroduite en France par Woodbury en 1966, cette technique fait partie depuis très longtemps des traitements hydrothérapeutiques utilisés en psychiatrie. L'enveloppement était utilisé essentiellement dans les états d'agitation aiguë comme moyen de contention et visait à calmer le patient. Il représentait cependant une technique plus douce que les moyens de contention classique de l'époque, camisole de force, chocs électriques ou insuliniques, douche froide. La conceptualisation de Woodbury va permettre de sortir l'enveloppement de son aspect exclusif de contention et d'introduire un travail sur les limites corporelles ainsi que l'idée de la construction d'une relation non verbale.

Fiche méthode d'une séquence d'enveloppement humide

Contexte		
<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge individuelle - Participation requise de 2 ou 3 professionnels - Technique réservée à des patients qui l'acceptent lors d'états d'agitation persistants ou au contraire se présentant sur un mode régressif ou dissocié 	<ul style="list-style-type: none"> - Salle dédiée - Chambre du patient si elle est individuelle - La pièce doit être particulièrement calme et rassurante 	Séance unique ou cycle de quelques séances
Préparation		
<p>Les thérapeutes sont au nombre de 2 ou 3. Ils invitent le patient à s'allonger sur un lit recouvert préalablement d'une couverture de laine, d'un drap sec, d'un drap mouillé. 2 serviettes de bain mouillées et pour terminer de 4 à 6 petites serviettes elles aussi mouillées sont à disposition.</p>		
Déroulement de la séquence		
<i>Les soignants</i>	<ul style="list-style-type: none"> - « enveloppent les membres du patient avec les petites serviettes ; - le thorax et le bassin sont ensuite enveloppés avec les grandes serviettes ; - le drap mouillé puis le drap sec enveloppent l'ensemble du corps ; - en dernier lieu, la couverture couvre l'ensemble de l'enveloppement ; - un coussin sous la tête complète éventuellement le dispositif. » 	
<i>Précisions</i>	<ul style="list-style-type: none"> - les linges mouillés doivent être bien froids (2 à 4 °C) lorsqu'il s'agit d'un enveloppement froid, et chaud (40 °C) quand il s'agit d'un enveloppement chaud ; - les linges doivent être mouillés mais essorés ; - à l'exception de la tête, toutes les parties du corps seront enveloppées ; - l'enveloppement doit être serré pour accroître les contacts entre les linges humides et le corps¹. 	

Fiche méthode d'une séquence d'enveloppement humide (Suite)

Aucune partie du corps (hormis donc la tête) n'échappe au contact avec le linge. Il se crée ainsi une véritable enveloppe tactile mais aussi thermique. En effet l'enveloppement froid entraîne une sensation de froid intense qui vire progressivement au chaud (suite à la vasodilatation périphérique réactionnelle).	
<i>Les soignants</i>	<ul style="list-style-type: none"> - assurent une présence très dense, très proximale ; - participent au moment régressif vécu par le patient, leur présence et leur attitude le rassurent en permanence ;
	<ul style="list-style-type: none"> - peuvent frictionner le patient à travers les linges, lui apporter à boire ; - l'aident à mettre des mots sur ce qu'il ressent en utilisant les techniques de reflet : « vous grelotter, mais vous souriez... comment vous sentez-vous ? », ou de focalisation : « pouvez-vous nous décrire vos sensations ? avez-vous des images qui vous viennent à l'esprit ? ».
<i>Le patient</i>	<ul style="list-style-type: none"> - il est fondamental que le patient soit volontaire pour pratiquer ce soin particulier afin de ne pas se sentir emprisonné pendant la séance ; - il appartient donc aux soignants de l'informer avec précision ; - il est possible de montrer un film d'une séance au patient afin qu'il sache à quoi s'attendre.
Recommandations	
<ul style="list-style-type: none"> - La présence soignante est un élément fondamental de la technique. Elle vient littéralement compléter l'enveloppement corporel. (Les outils tels que le reflet, la focalisation ou le <i>focusing</i> sont développés dans le chapitre sur l'animation de groupe thérapeutique.) - Il peut être intéressant, pour les soignants, de faire l'expérience de l'enveloppement. Cela leur permet de connaître ce que ressent le patient et ainsi d'aider ce dernier à nommer ce qu'il ressent. - La reprise verbale, une fois la séance terminée, est incontournable. Après avoir été encouragé à mettre des mots sur son vécu durant la séance, le patient doit être invité à le faire après la séance. 	

¹ P. André, T. Benavidès, F. Giromini, *Corps et psychiatrie*, Heures de France, Paris, 2004

Indications

Le traitement par enveloppement est destiné à des patients pour qui l'échange verbal est très limité et pour lesquels les techniques habituelles échouent. Ce sont des patients qui se présentent à l'autre sur un mode régressif (mutisme, prostration) ou qui sont en proie à des phénomènes de dépersonnalisation.

Le pack permet de lutter contre le sentiment de perte d'intégrité corporelle et l'angoisse de morcellement.

Mécanisme thérapeutique

Deux concepts relatifs à la relation mère-bébé et introduits par D. Winnicott rendent compte de ce qui est vécu par le patient dans la situation d'enveloppement : le *holding* et le *handling*.

Le holding

Transféré à la relation à l'adulte le *holding* est une façon de porter l'autre physiquement mais aussi psychiquement, de le mettre en contact avec une réalité extérieure simplifiée, répétitive, qui permet au moi de retrouver des points de repère stables, nécessaires pour mener à bien son intégration dans le temps et dans l'espace¹⁴. La présence du soignant est, dans ce cadre, aussi importante que l'enveloppement lui-même. Le contact avec les linges humides centre le vécu du patient sur son corps par le biais des sensations tactiles et thermiques, comme le feraient les bras d'une mère. Il peut ainsi s'abandonner à ressentir. Le soignant par sa présence, sa disponibilité, sa parole, rassure et nomme ce qui est vécu par le patient et l'aide à se laisser aller et à vivre une expérience positive, intégrative. Le patient peut, progressivement, au fil des enveloppements, interioriser l'attitude rassurante du soignant.

Le handling

Emprunté aussi à Winnicott, le *handling* caractérise la manipulation du bébé au cours des soins, nécessaire pour que celui-ci s'éprouve peu à peu comme vivant dans un corps, réalisant ainsi une union entre sa vie psychique et physique. Cette manipulation est, là encore, transférable à la relation à l'adulte, en particulier dans les contextes où le toucher est prédominant.

Ces deux concepts sont appropriés aux soins accordés au bébé par sa mère. Nous pensons cependant qu'ils sont pertinents pour décrire ce qui se passe dans les activités thérapeutiques liées au corps en psychiatrie de l'adulte. Ces moments thérapeutiques induisent une régression momentanée pendant laquelle le corps est choyé, détendu, déculpabilisé, réinvesti dans le plaisir. *Holding* et *handling* introduisent, dans le soin, une situation de dépendance, comme celle que le nourrisson entretient avec sa mère. Mais la situation thérapeutique permet de rejouer la dépendance de manière gratifiante et surtout de la dépasser progressivement. Le corps est ainsi le lieu d'une expérience intense.

L'eau

L'eau permet la stimulation de sensations cénesthésiques et émotionnelles. C'est un milieu enveloppant, elle a des effets myorelaxants. L'impact physique de l'immersion, même partielle, est rapide et relativement durable. La sensation d'apesanteur, de légèreté, de fluidité du corps, d'apaisement, d'être séparé du reste du monde et en même temps contenu, plonge le sujet dans un état de bien-être. Bien sûr ces sensations ne sont accessibles que lorsque les craintes vis-à-vis

14 J.D. Nasio (dir.), *Introduction aux œuvres de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*, coll. Psychanalyse, Rivages, Paris, 1994.

de l'eau se sont dissipées. C'est en général tout le travail des premières séances d'un groupe, travail de prise de contact avec l'eau, de réassurance, pendant lequel les soignants jouent un rôle contenant fondamental.

La nécessité de disposer d'un espace réservé dans une piscine afin d'être libre d'organiser des jeux sans gêner les autres baigneurs peut être intéressante. Cet espace, souvent possible aux heures de faible fréquentation, permet un véritable confort d'utilisation, dans le calme. Ce caractère « réservé » se heurte cependant à un objectif de socialisation des participants. En effet un espace réservé crée une séparation entre baigneurs et patients qui renforce la stigmatisation de ces derniers et s'oppose à une finalité d'intégration dans l'espace social. Le choix doit être réfléchi en équipe et dépend du groupe de patients et des objectifs principaux. Si l'objectif premier est la mobilisation corporelle, l'espace réservé est préférable, si l'objectif de socialisation est posé comme prioritaire, il est alors souhaitable de mélanger le groupe aux autres utilisateurs de la piscine. Il n'existe, dans ce domaine, pas de position dogmatique.

Mécanismes thérapeutiques

Le principal mécanisme thérapeutique est fondé sur les concepts de *holding* et de *handling* déjà mentionnés. Le patient va progressivement s'abandonner dans le milieu aquatique et dans les bras des soignants. Ceux-ci peuvent être physiques dans les exercices de portages, ou symboliques, c'est-à-dire juste suggérés par la présence disponible du soignant.

La mise en acte graduelle du corps est bien sûr un mécanisme thérapeutique primordial du travail dans l'eau. Le corps est aidé dans ces mouvements par l'effet porteur de l'eau. Les mouvements sont arrondis, ralentis, le corps est léger, le plaisir du déplacement accessible.

Il existe aussi un effet bénéfique lié à la réappropriation de son corps par le sujet. L'eau appuie sur l'ensemble de la surface corporelle rendant compte ainsi des frontières du corps. Le corps est délimité, ressenti, réapproprié.

Enfin, la nécessité de proximité, de confiance mutuelle, le contact physique, la quasi-nudité imposée (maillot de bain), créent nécessairement une relation particulière entre patients et soignants, ainsi d'ailleurs qu'entre patients. Cette relation particulière peut servir de base à un travail en dehors du champ spécifique de l'activité. Le travail dans l'eau aura alors servi à la construction d'une relation thérapeutique de qualité.

Fiche méthode d'une séquence en piscine ou en bassin de balnéothérapie

Contexte		
<ul style="list-style-type: none"> - Groupe ouvert de 3 à 6 participants - L'aisance dans l'eau n'est pas un-pré requis - Une hygiène corporelle suffisante est nécessaire - Animation à 2 indispensable 	<ul style="list-style-type: none"> - Bassin de balnéothérapie - Piscine publique avec ou sans espace réservé 	1 séance régulière par semaine
Préparation		
<ul style="list-style-type: none"> - Les membres du groupe se donnent rendez-vous dans l'entrée de la piscine ou du service disposant d'une balnéothérapie lorsqu'il s'agit d'une activité ambulatoire. - Dans le cas d'une activité relevant d'un service d'hospitalisation, un temps de regroupement préalable au départ vers la piscine ou le bassin de balnéothérapie est organisé. - L'idée est que le groupe se constitue avant la séance afin que les membres échangent (même rapidement) sur leur anxiété ou leur excitation à se retrouver ensemble dans l'eau, c'est-à-dire dans un milieu inhabituel. 		
Déroulement de la séquence		
<i>Départ de la séquence</i>	<ul style="list-style-type: none"> - L'ensemble des participants se retrouve dans le bassin pour un premier contact avec l'eau. - Les participants se disposent en cercle et l'un des animateurs propose des exercices de mise en mouvements simples (<i>cf.</i> fiche méthode d'une séquence de détente musculaire). 	
<i>L'animateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>énonce verbalement ses consignes</i> : « <i>je fais des mouvements qui vont mettre notre corps en route progressivement ; vous m'imites</i> » ; - <i>se déplace</i> (tout comme le coanimateur) dans le bassin pour encourager par sa proximité un patient en difficulté de compréhension ou de mobilisation. 	
Ce premier temps est un temps de mobilisation et de prise de contact avec l'eau.		
<i>Progression de la séquence</i>	<p><i>Les jeux</i> : passe à dix, jouer à « chat », se lancer une balle. Tous les jeux simples permettant d'induire le mouvement de manière ludique sont bons à prendre. Bien sûr l'esprit de compétition ne prime pas, mais il est parfois, toutes proportions gardées, un excellent stimulateur.</p>	
<i>Les animateurs</i>	<p><i>après avoir exposé</i> les règles du jeu proposé le plus simplement possible <i>participent au jeu.</i></p>	
<p>Le plaisir pris et exprimé par les animateurs est un excellent stimulant pour les participants. C'est sur la base de ce plaisir constaté chez l'autre que les patients pourront s'autoriser à se laisser aller et à éprouver, eux aussi, du plaisir dans le mouvement et l'excitation du jeu, d'autant plus que l'eau facilite le mouvement.</p>		

Fiche méthode d'une séquence en piscine ou en bassin de balnéothérapie (*Suite*)

<i>Progression de la séquence</i>	<i>La nage</i> : elle est évidemment relative aux possibilités des participants. Elle peut être libre, avec une planche, voire avec un masque et un tuba et donc en immersion totale. Aller chercher un objet sous l'eau, passer entre les jambes de quelqu'un, nager d'un point à un autre, etc.
La nage permet de sentir son corps en relative apesanteur. Les deux animateurs peuvent s'occuper chacun d'un demi-groupe différent en fonction du niveau des participants.	
<i>Progression de la séquence</i>	Les moments de contacts physiques : <ul style="list-style-type: none"> - le portage consiste à proposer à chaque participant de prendre quelqu'un dans ses bras pour le porter, l'effet antigravitationnel de l'eau rend possible l'exercice. La difficulté est bien plus de se laisser aller pour celui qui est porté, que de porter. L'abandon dans les bras de l'autre est parfois long à atteindre, plusieurs séances étant nécessaires. Patients et soignants peuvent être tour à tour porteurs et portés ; - les massages : si l'eau est suffisamment chaude, massages des mains, des épaules ou du dos¹.
Ces moments de contact signent l'acceptation de chacun de se laisser toucher et, en ce qui concerne le portage, de s'abandonner dans les bras de l'autre. Ce travail ne peut pas avoir lieu lors d'une première séance. C'est seulement lorsque le groupe aura déjà participé à plusieurs séances dans lesquelles des moments d'expérience commune et de plaisir auront été partagés que cette confiance en l'autre pourra être convoquée.	
Recommandations	
<ul style="list-style-type: none"> - Dans ce travail les animateurs sont des variables d'ajustement. Leur placement à proximité de l'un ou l'autre des participants leur permet d'apporter réassurance ou stimulation à celui qui en a besoin. - Outre l'attitude rassurante et contenante des animateurs, leur plaisir (et son expression) dans le laisser-aller du jeu est fondamental car il convoque par identification, chez les patients, le même mouvement. - La reprise verbale : l'intensité des ressentis générés par le travail dans l'eau nécessite de prévoir un temps, au sec, après la séance ou un autre jour, pour reprendre et mettre en mots ce qui a été vécu. - Globalement la plupart des jeux de mobilisation corporelle sont réalisables dans l'eau. Ils permettent une mise en mouvement en douceur grâce à l'effet porteur de l'eau. 	

¹ H. Brosseau, L'eau et les soins, avec les malades psychotiques chroniques, in VST n° 73, 2002, disponible sur <http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements>, consulté le 10 septembre 2008

Les disciplines orientales

Ces disciplines, yoga, taï-chi-chuan, chi gong, ne sont pas que des gymnastiques ésotériques et complexes, ni des disciplines sportives. Ce sont des démarches globales, des arts de vivre, qui dépassent les techniques qui les caractérisent. Elles nécessitent un enseignement long et rigoureux et ne s'improvisent donc pas. Les utiliser dans le cadre d'activités thérapeutiques implique d'en avoir une bonne connaissance et de se les être appropriées. À cette condition il est possible de les utiliser partiellement lors d'ateliers de mobilisation et d'expression corporelle. Il n'est évidemment pas question, pour l'infirmier, de faire du prosélytisme et de travailler à convertir certains patients à l'une ou l'autre de ces disciplines. L'idée serait plutôt de n'en utiliser que quelques aspects, technique ou philosophique, et de les introduire dans le cadre d'un travail global sur le corps.

Le yoga

Le yoga est une démarche visant une harmonisation des facultés corporelles, affectives, mentales et spirituelles de l'être humain¹⁵. Cette démarche s'appuie sur des techniques spécifiques amenant à une prise de conscience progressive des facultés en question. Le yoga est donc avant tout une philosophie plutôt qu'une technique. Les techniques jouent cependant un rôle important car ce sont elles qui permettent au sujet d'accéder à la maîtrise corporelle et mentale.

Les techniques, appelées postures, sont des positions d'immobilité sans effort dans lesquelles la respiration est contrôlée. Il en existe de très nombreuses, certaines très simples, d'autres plus difficiles d'accès, mais c'est dans leur enchaînement qu'elles prennent leur valeur.

Il existe plusieurs écoles de yoga que nous ne détaillerons pas ici. Ces écoles sont toutes fondées sur les notions fondamentales d'intériorisation et de maîtrise de la respiration. L'intériorisation consiste à centrer ses perceptions sur ses sensations internes pendant la pratique des postures mais aussi dans la vie de tous les jours. L'intérêt du sujet est donc porté sur ses habitudes de vie et sur son harmonie globale. La maîtrise de la respiration permet de contrôler la circulation de l'énergie dans le corps.

Le yoga propose donc un meilleur contrôle de son corps à travers une meilleure connaissance de soi. Il permet d'acquérir un mieux-être global et parfois même une sérénité.

Plus spécifiquement, la pratique des postures permet de solliciter le corps à différents niveaux :

- au niveau global. Le yoga renforce la conscience du corps, le maintien et l'intégration du schéma corporel ;
- au niveau musculaire et ostéo-articulaire. Les muscles sont contractés, étirés, relâchés, les articulations assouplies ;

15 Définition de la fédération nationale des enseignants de yoga, www.lemondedyoga.org, consulté le 28 décembre 2009.

- au niveau respiratoire. La respiration est contrôlée, décomposée mais aussi stimulée par des exercices nécessitant des expirations et inspirations profondes ;
- au niveau cardio-vasculaire. L'alternance effort-détente permet d'abaisser progressivement la fréquence cardiaque. Certaines positions favorisent la circulation.

Le tai-chi-chuan

Le tai-chi-chuan est un art fondé sur la pratique de mouvements fluides et souples, réalisés de manière lente et maîtrisée. Les mouvements s'enchaînent harmonieusement dans des séquences plus ou moins longues. Leur but est d'amener le sujet jusqu'à un état de tranquillité intérieure. Le calme et la lenteur du tai-chi-chuan renvoient à la notion de méditation active. Les mouvements partent du centre du corps, siège de l'énergie vitale, et évoluent vers un étirement.

Tout comme le yoga, le tai-chi-chuan est bien plus qu'une gymnastique, c'est un art de vivre permettant de mettre en lien le corps et l'esprit.

La pratique du tai-chi-chuan possède un impact positif à différents niveaux :

- elle est tout d'abord relaxante et procure donc un apaisement ;
- elle est bénéfique sur le plan musculaire et ostéo-articulaire grâce à la mise en mouvement en douceur des articulations et aux étirements ;
- elle stimule en douceur et en profondeur les fonctions cardiaque et respiratoire ;
- elle développe l'équilibre, améliore la coordination des mouvements et permet, par la prise de conscience du corps, de favoriser l'intégration du schéma corporel ;
- elle stimule les fonctions cognitives (concentration, mémorisation) car les enchaînements de mouvements nécessitent un effort d'attention et de mémoire.

Le chi gong

La pratique du chi gong s'inscrit dans une mise en relation harmonieuse de l'homme avec son environnement. Les techniques intègrent à la fois des mouvements effectués au ralenti, sans effort musculaire, et des positions du corps, debout ou assis, pour des exercices de concentration et de visualisation.

Là encore la notion de contrôle est fondamentale. Contrôle du mouvement, lent et détendu ; contrôle de la respiration, en lien avec les mouvements et contrôle de la pensée.

Les séances suivent une progression en trois phases. Une phase de concentration, debout et immobile, une phase d'assouplissement par la mise en mouvement et une phase de respiration en position assise.

Les avantages de la pratique du chi gong sont multiples :

- un développement du contrôle corporel grâce à la lenteur des mouvements ;
- une amélioration de l'intégration du schéma corporel grâce à la conscientisation des postures et des mouvements ;

- un renforcement des structures ostéo-articulaires et musculaires ;
- un accès à la détente et une sensation d'apaisement intérieur.

Les différentes activités centrées sur le corps : les thérapies expressives

L'expression corporelle

L'expression corporelle inclut les trois aspects du travail corporel : psychosensoriel, expressif et perceptivo-moteur. Elle propose un espace de créativité, de découverte et d'échange à travers une réappropriation du corps et son utilisation dans le plaisir de la relation à l'autre.

Globalement les séances comportent trois temps : un temps de réappropriation fonctionnel du corps (mise en mouvement), un temps de réappropriation sensitif (relaxation, ressenti introspectif) et un temps de créativité (communication). Comme le disent Henri Bossu et Claude Chalagnier¹⁶, il s'agit d'avoir son corps, d'être son corps et de rencontrer l'autre avec son corps.

Le travail fonctionnel

Ce travail permet au participant de reprendre progressivement possession des capacités motrices et de mobilisation de son corps, de retrouver un certain dynamisme. Il permet donc de dépasser les stéréotypies et de retrouver une certaine liberté dans l'acte de marcher, de bouger, de courir, de sauter, de latéraliser, de synchroniser et de désynchroniser. Il est davantage question de retrouver la possibilité de diriger son corps plutôt que d'apprendre des séquences gestuelles de manière parfaite. Il s'agit de permettre au sujet d'oser la mobilisation, la liberté du geste, la découverte de ses possibilités corporelles.

Le travail sensitif

Il permet de percevoir et de maîtriser les signaux internes du corps. Il s'agit de contrôler la respiration, de s'autoriser à percevoir les sensations (toucher, odorat, etc.). C'est aussi retrouver un soi corporel authentique, accéder à la conscience de son corps. C'est lutter contre la désappropriation du corps qu'impose parfois la maladie.

¹⁶ Dans les fiches méthodes qui suivent nous nous inspirerons d'exemples proposés par Henri Bossu et Claude Chalagnier, dans l'ouvrage *L'expression corporelle, méthode et pratique*, Éditions du Centurion, 1974. Dans cet ouvrage les auteurs offrent une grande quantité d'exemples de travail corporel, illustrés et organisés dans une progression intéressante. Il est cependant important de préciser que cet ouvrage est destiné à un large public, ce qui signifie que tous les jeux ou exercices proposés ne sont pas transférables dans le cadre d'un travail thérapeutique. Cet exemple illustre bien à quel point l'utilisation de techniques artistiques, sportives ou cognitives dans une visée de soin nécessite une adaptation (ou une sélection) vis-à-vis du public à qui elles sont destinées afin d'éviter les situations d'échec.

Le travail de créativité-communication

Il permet de retrouver la liberté corporelle, ses capacités expressives et communicationnelles. Le corps est stimulé pour réintégrer sa place dans la participation de la relation à l'autre, il vient soutenir et enrichir les possibilités d'expression. La rencontre de l'autre grâce à la mise en avant du corps permet la découverte de cet autre et l'enrichissement grâce au plaisir partagé et à l'identification. Être en relation avec l'autre permet d'être sous son regard, et ce regard objective et rend sujet.

Méthode

Le corps, du fait de la maladie ou des traitements, est progressivement délaissé, abandonné. Il ne participe plus à la vie du sujet, ni à sa vie intérieure ni à sa vie relationnelle, il devient inutile, voire encombrant. Il n'existe plus de place dans les préoccupations du patient pour son corps. Cette mise à l'écart du corps réduit son efficacité et son expressivité.

L'idée générale consiste donc à permettre au patient de *retrouver* et *explorer* son corps pour *échanger* à travers lui.

Prendre conscience de son corps en le mobilisant (travail fonctionnel)

Objectifs

Les objectifs sont les suivants :

- amener le corps à se reconnaître dans l'espace ;
- lui faire retrouver sa plasticité, son dynamisme, sa richesse de mouvement ;
- échauffer le corps.

Fiche méthode d'une séquence de mobilisation corporelle¹

Contexte		
<ul style="list-style-type: none"> - Groupe fermé de 3 à 8 participants - Pré-requis : pas de déficit de mobilisation important - Animation à 2 requise 	<ul style="list-style-type: none"> - Salle fermée mais non dédiée à ce type d'activité - La salle doit être suffisamment vaste pour permettre la mobilisation des participants - La séquence peut aussi être réalisée en extérieur 	Séances régulières, 1 à 2 par semaine
Préparation		
<ul style="list-style-type: none"> - La salle doit être dégagée, si elle est meublée, les meubles (tables et chaises par exemple) sont poussés contre les murs. - Des instruments de percussions simples (bongos, tambourin) sont à disposition. - Les participants sont habillés de manière à être à l'aise dans leurs mouvements. 		Un système musical peut être disponible.

Fiche méthode d'une séquence de mobilisation corporelle (*Suite*)

Déroulement de la séquence	
<i>Départ de la séquence</i>	<ul style="list-style-type: none"> - L'ensemble des participants est debout et forme un cercle pour écouter les consignes de l'animateur. - L'animateur est debout pour énoncer ses consignes, il réalisera les mouvements en même temps que le groupe. - Le coanimateur dispose d'un bongo (ou d'un tambourin) qui lui permettra de donner le rythme.
<i>L'animateur</i>	<p>- <i>énonce verbalement ses consignes</i> : « nous allons mettre notre corps en mouvement progressivement. Pour cela vous suivrez mes consignes et vous ferez en même temps que moi ».</p>
<i>Le coanimateur</i>	<p><i>frappe le rythme sur le bongo et le fait varier</i> (dans les limites du possible de la marche par exemple). Les variations de rythme peuvent être progressives ou au contraire brusques, inattendues.</p>
<i>Le groupe</i>	<p><i>suit les consignes verbales</i> énoncées par l'animateur en suivant le rythme des percussions.</p>
<i>Progression de la séquence</i>	<p><i>La marche</i> Avec support sonore, c'est-à-dire rythmée au son d'un tambourin ou de bongos. La vitesse du pas peut varier tout comme la qualité des appuis au sol (marche lourde, sur frappés lourds, marche légère ou sur la pointe des pieds, sur frappés secs et légers, etc.) :</p> <p>deux repères sonores différents (joués alternativement par l'animateur et le coanimateur) peuvent venir donner des indications différentes : par exemple, tambourin = marche en avant, bongos = marche en arrière.</p> <p>Sans support sonore, différentes composantes du pas de marche peuvent être travaillées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - écartement des jambes, largeur du pas, levé des genoux, marche accroupie, etc. - des mouvements des bras peuvent être combinés ; - des éléments symboliques peuvent être apportés : marche pressée, marche détendue, marche contre le vent, sous la chaleur, dans l'eau, marche de l'automate, du singe, etc.

Fiche méthode d'une séquence de mobilisation corporelle (*Suite*)

<p><i>L'animateur</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>se déplace</i> dans la salle pour encourager par sa proximité un patient en difficulté de compréhension ou de mobilisation ; - <i>guide le groupe</i> à travers des consignes exprimées simplement : « on marche dans n'importe quel sens en suivant le rythme du bongo ». « On suit le rythme des percussions... on accélère avec lui... on ralentit avec lui... » ; « quand le rythme ralentit, nos pas deviennent lourds, pesants... quand le rythme accélère notre marche devient légère, sautillante... ». Sans support sonore (avec un support musical possible) : « le vent se lève, il est face à nous... nous marchons contre le vent... il nous repousse... nous empêche d'avancer... ». Ou encore : « nous sommes dans l'eau, jusqu'à la poitrine... nous avançons dans cette eau qui nous retient et nous porte en même temps... » ; - <i>suit ses propres consignes</i> en même temps qu'il les énonce.
<p><i>Le coanimateur</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>lorsqu'il ne joue plus de percussions, suit les consignes</i>, les met en mouvements, les exagère même pour aider les participants à oser... - <i>peut proposer</i> à chacun des patients à tout de rôle de prendre un instrument de percussion pour donner le rythme.
<p><i>Progression de la séquence</i></p>	<p><i>La course</i></p> <p>Là aussi avec un support sonore qui donne le rythme, différents types de courses peuvent être proposés : course classique, pas chassés, course sautillante, course avec obstacles imaginaires à éviter ou à sauter, courses avec arrêts brusques, etc.</p> <p>Les enchaînements plus complexes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - passer de la position debout à la position couchée en contrôlant le mouvement, en un mouvement continu ou en décomposant le mouvement (comme dans un film au ralenti) ; - marcher sur un fil (imaginaire) ; - marcher dans une foule compacte ; - marcher comme un homme ivre ; - marcher gaiement, etc.

Fiche méthode d'une séquence de mobilisation corporelle (*Suite*)

	<p><i>La gestuelle</i> Avec ou sans support sonore (percussion ou pièce de musique) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - imaginer être devant une grande toile et dessiner avec un doigt au rythme du support sonore ; - changer de bras ; - idem mais en dessinant avec le gros orteil sur le sol ; - à deux : l'un dessine sur une toile imaginaire, l'autre en face suit du regard les mouvements de la main ; - à deux : idem mais cette fois-ci le second suit corporellement les mouvements de la main (il reproduit les mouvements de la main avec son corps). <p><i>Jouer avec son corps pour explorer l'espace</i> Investir symboliquement l'espace :</p> <ul style="list-style-type: none"> - suivre une feuille d'arbre qui tombe entraînée par le vent ; - gravir un amas de rochers ; - prendre une balle au sol, la maintenir alors qu'elle grandit, puis suivre son volume alors qu'elle rétrécit, etc. Idem mais à deux : - manipuler une personne comme si elle était une marionnette dont on tire les fils. La « marionnette » suit les mouvements imposés par le « marionnettiste » dans une véritable danse à deux. <p>En groupe interactif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - se comporter comme un animal (chat, chien, etc.) et interagir avec les autres. Dans un second temps chacun change d'animal ; - tout le groupe est compact, presque au corps à corps, et se balance au grès du vent comme des brins d'herbe ; - chacun se passe une balle imaginaire.
<i>L'animateur et le coanimateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> - l'animateur se déplace dans la salle ; - ses consignes sont <i>métaphoriques</i> ; - les deux animateurs réalisent les mouvements en même temps qu'ils sont dits ; - ils se déplacent vers chaque participant pour encourager (gestuellement) et stimuler leur mise en mouvement.
<i>Le groupe</i>	<i>investit l'espace, se déplace au gré des consignes évoquées.</i>
<i>Progression de la séquence</i>	<p><i>La mimique faciale</i> Il s'agit de remettre en route les différentes possibilités d'expression de la face :</p> <ul style="list-style-type: none"> contracter-dilater les narines ; lever-descendre les sourcils ; plisser - détendre le front ; ouvrir - fermer la bouche ; ouvrir un œil puis l'autre, etc.

Fiche méthode d'une séquence de mobilisation corporelle (*Suite*)

<i>Le groupe</i>	<i>se replace en cercle.</i> D'une manière générale, le fait de regrouper les participants en cercle entre chaque exposé de consignes permet de revenir à l'aspect contenant du groupe et donc de rassurer les participants avant de mettre en œuvre une nouvelle consigne.
<i>Le groupe</i>	<i>suit les consignes.</i>
Recommandations	
<ul style="list-style-type: none"> - Tous les jeux proposés dans cette fiche ne sont pas à employer nécessairement lors d'une même séquence ou séance. Ce sont les capacités du groupe qui décideront de l'enchaînement. Par ailleurs un groupe qui commence ce type de travail devra se voir proposer des jeux simples avec des consignes relativement directives et précises. Les jeux plus libres, guidés par des consignes métaphoriques, nécessitent un certain laisser-aller et ne pourront être proposés qu'après plusieurs séances, lorsque les membres du groupe auront appris à se connaître. - C'est aussi pour cette raison, de connaissance mutuelle, que ce travail s'effectue en groupe « fermé ». Un nouvel arrivant, se voyant mis en situation de jouer avec son corps dans un groupe au sein duquel ce type de jeu est devenu facile, risquerait de se sentir en échec ou de ne pas oser. - L'aspect métaphorique des consignes est fondamental. Il permet aux participants de mettre en œuvre la consigne en se laissant porter par leur imagination. Il existe donc une mise en forme corporelle d'une consigne verbale ; c'est un travail de symbolisation. - Pour ceux qui seraient en difficulté dans ce travail d'imagination, il y a toujours la possibilité d'imiter les animateurs puisqu'ils exécutent eux-mêmes les consignes. Ceux-ci devront cependant veiller à ne pas trop se poser en modèle à imiter. 	
<ul style="list-style-type: none"> - En effet, l'aspect délicat de l'animation de ce genre de travail est justement de « faire » pour permettre aux patients « d'oser faire » mais en même temps de ne « pas trop en faire », afin de ne pas brider l'expression de leur imaginaire. - Par ailleurs les animateurs sont toujours des variables d'ajustement. Ils se déplacent et se rapprochent de l'un ou de l'autre des participants afin d'apporter stimulation et encouragement. - Une reprise verbale sera toujours proposée en fin de séance ou de séquence. 	

¹ Les idées proposées dans cette fiche sont inspirées de l'ouvrage d'Henri Bossu et Claude Chalaguiet, *L'expression corporelle, méthode et pratique*, Centurion, Paris, 1974

Explorer son corps (travail sensitif)

Fiche méthode d'une séquence d'exploration corporelle

(À partir des propositions d'Henri Bossu et Claude Chalaguier, *L'expression corporelle, méthode et pratique*, Centurion, Paris, 1974.)

Contexte		
<ul style="list-style-type: none"> - Groupe ouvert de 3 à 8 participants - Pré-requis : pas de déficit de mobilisation important - Animation à 2 requise 	<ul style="list-style-type: none"> - Salle fermée mais non dédiée à ce type d'activité - La salle doit être suffisamment vaste pour permettre la mobilisation des participants - Elle doit contenir le moins de meubles possible 	Séances régulières, 1 à 2 par semaine
Préparation		
<ul style="list-style-type: none"> - La salle doit être dégagée, si elle est meublée, les meubles (tables et chaises par exemple) sont poussés contre les murs. - Les participants sont habillés de manière à être à l'aise dans leurs mouvements. 		Un système musical peut être disponible.
Déroulement de la séquence		
<i>Départ de la séquence</i>	<ul style="list-style-type: none"> - L'ensemble des participants est debout et forme un cercle pour écouter les consignes de l'animateur. - L'animateur est debout pour énoncer ses consignes, il réalise les mouvements en même temps que le groupe. - Le coanimateur a un bongo (ou un tambourin) qui lui permet de donner le rythme. 	
<i>L'animateur</i>	<i>énonce verbalement ses consignes : « nous allons faire différents exercices permettant de prendre conscience de notre corps. Pour cela vous suivrez mes consignes, vous pouvez regarder X (le coanimateur) ».</i>	
<i>Le coanimateur</i>	<i>réalise les consignes énoncées par l'animateur (sert d'exemple).</i>	
<i>Progression de la séquence</i>	<p><i>La respiration</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Respiration profonde : emplir ses poumons et les vider le plus totalement possible. - Idem en prenant conscience des différentes phases de la respiration : gonflement de l'abdomen, du thorax, et idem pour l'expiration : bouche, thorax, abdomen. - Idem en partant d'une position corps penché en avant (corps lourd) pour redresser et ouvrir le corps (corps léger) pendant l'inspiration et pour le replier pendant l'expiration. - Idem avec départ plié, bras pendant devant et, au plus haut de l'inspiration, buste redressé et bras en l'air, puis expirer progressivement jusqu'au repli. 	

Fiche méthode d'une séquence d'exploration corporelle (*Suite*)

	<ul style="list-style-type: none"> - Inspirer normalement et expirer en lançant un bras puis les deux, idem avec une jambe. - Inspirer en contractant tout le corps puis expirer en décontractant le corps. L'expiration et la décontraction peuvent être progressives et subites, comme une décharge. - Mouvement de tirer en inspirant et de pousser en expirant (pousser une charge, etc.). - Idem avec lever et pousser dans le sol (lever un bloc de pierre, enfoncer un pieu dans la terre, etc.).
<i>L'animateur</i>	<p><i>énonce simplement ses consignes.</i> Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « <i>je respire, je remplis mes poumons au maximum puis je souffle le plus profondément possible</i> » ; - « <i>mon corps est penché en avant, mes bras pendent devant moi, je vide mes poumons puis je les remplis lentement en me redressant...</i> » ; ...
<i>Le groupe</i>	<i>suit les consignes verbales</i> énoncées par l'animateur.
Remarque	
La description des exercices à réaliser peut paraître complexe. Dans ce cas, le coanimateur exécute les consignes en même temps que l'animateur les énonce, ce qui permet d'en faciliter la compréhension.	
<i>Progression de la séquence</i>	<p><i>Le toucher</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prendre conscience de ses appuis au sol : debout, couché sur le dos, couché sur le ventre, à quatre pattes. - L'animateur guide l'attention des participants sur les différentes parties du corps. - Exploration tactile des différentes surfaces murales ou des objets de l'environnement : en aveugle puis avec le regard - Contact tactile avec l'autre : face à face, poussée mains contre mains, puis dos à dos, poussée ou mouvements de frottement.
<i>Le groupe</i>	<i>suit les consignes verbales</i> énoncées par l'animateur. Il se trouve donc tout d'abord couché, puis debout en exploration de l'espace et, enfin, en duos.
<i>L'animateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>se déplace</i> dans la salle pour encourager par sa proximité un patient en difficulté de compréhension ou de mobilisation ; - <i>guide le groupe</i> à travers des consignes exprimées simplement : « <i>vous êtes couchés sur le dos... vous enfoncez votre dos dans le tapis... vous le faites rouler... à gauche... à droite...</i> » ;

Fiche méthode d'une séquence d'exploration corporelle (Suite)

	<p>« Vous passez à quatre pattes... vous étendez votre dos vers l'arrière... vous remontez... vous pliez les bras jusqu'à faire toucher votre front sur le tapis... » ;</p> <p>« Vous vous relevez... vous allez vers les murs... vous posez vos deux mains sur le mur... vous fermez les yeux et vous vous déplacez en laissant glisser vos mains sur le mur... » ;</p> <p>« Vous ouvrez les yeux... vous choisissez un partenaire...vous tendez vos mains en avant, jusqu'au contact avec les mains de votre partenaire... vous poussez... » ;</p> <p>« Vous vous mettez dos à dos avec votre partenaire... vous poussez. »</p>
Le coanimateur	<p>– prévoit des tapis de sol individuels, si nécessaire, pour la partie couchée.</p> <p>Son rôle est fondamental pour <i>initier</i> les différents exercices. Il aide à l'installation au sol, puis initie (l'animateur demande au groupe de faire comme lui) l'exploration des surfaces murales, il finit en exécutant la dernière consigne en duo avec l'animateur.</p>
Progression de la séquence	<p><i>Relaxation Schultz</i> (fondée sur un travail mental d'autosuggestion), <i>Jacobson</i> (fondée sur le relâchement musculaire) ou <i>relaxation sèche</i> (cf. Les différentes activités centrées sur le corps : les thérapies psychosensorielles).</p>
Recommandations	
<p>– Là encore les jeux proposés dans cette fiche ne sont pas à employer nécessairement lors d'une même séquence ou séance. Ce sont les capacités du groupe qui guideront les animateurs.</p> <p>– Les consignes doivent être simples et directives. Le rôle de démonstration du co-animateur est prépondérant. Il entraîne une compréhension rapide des consignes et permet un enchaînement sans trou des différents exercices, ce qui permet de conserver une bonne dynamique.</p> <p>– Les consignes peuvent être énoncées à la première personne du singulier (« je remplis mes poumons, puis <i>je</i> souffle... ») ou à la deuxième personne du pluriel (« <i>vous</i> remontez lentement, puis <i>vous</i> vous retournez... »). La première personne est plus dynamique et donne à l'animateur une position plus inclusive (il fait partie du groupe).</p> <p>– Comme à chaque fois les animateurs sont des variables d'ajustement. Ils se déplacent et se rapprochent de l'un ou l'autre des participants pour lui apporter stimulation et encouragement.</p> <p>– Une reprise verbale sera inévitablement proposée en fin de séquence ou de séance.</p>	

Échanger avec son corps (travail de créativité-communication)

Fiche méthode d'une séquence de communication corporelle

Contexte		
<ul style="list-style-type: none"> - Groupe fermé de 3 à 8 participants - Pré-requis : pas de déficit de mobilisation important - Animation à 2 requise 	<ul style="list-style-type: none"> - Salle dédiée à ce type d'activité - La salle doit être suffisamment vaste pour permettre la mobilisation des participants - Elle doit contenir le moins de meubles possible 	Séances régulières, 1 à 2 par semaine
Préparation		
<ul style="list-style-type: none"> - La salle doit être dégagée, si elle est meublée, les meubles (tables et chaises par exemple) sont poussés contre les murs. - Les participants sont habillés de manière à être à l'aise dans leurs mouvements. 		Un système musical peut être disponible
Déroulement de la séquence		
<i>Départ de la séquence</i>	<ul style="list-style-type: none"> - L'ensemble des participants est debout et forme un cercle pour écouter les consignes de l'animateur. - L'animateur est debout pour énoncer ses consignes. 	
<i>L'animateur</i>	<i>énonce verbalement ses consignes : « nous allons faire différents jeux lors desquels nous allons utiliser notre corps pour communiquer ».</i>	
<i>Progression de la séquence</i>	<p>Le mime : <i>retrouver des possibilités d'agir dans le monde (cf. les techniques relationnelles)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il s'agit de mimer des situations plus ou moins concrètes mais aussi des représentations corporelles d'états, de sentiments, d'émotions : peur, joie, tristesse, confiance, honte, sérénité, agressivité, partage, apaisement, etc. - Il est possible de passer par le mime d'animaux, ce qui peut être plus facile ou de mimer un automate, etc. - Il est aussi possible de mimer des gestuelles : jongler, se battre, ou des attitudes : être courtois, hautain, méprisant, accueillant, etc., ou encore de mimer des actions à plusieurs : discuter, jouer à la balle, etc. 	
<i>L'animateur et le coanimateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>proposent les mimes à effectuer (pas de fiches préparées) ;</i> - <i>réalisent eux-mêmes les mimes proposés.</i> 	
<i>Le groupe</i>	<i>suit les consignes verbales énoncées par l'animateur.</i>	

Fiche méthode d'une séquence de communication corporelle (Suite)

<i>Progression de la séquence</i>	<p><i>Dialogues corporels : retrouver la possibilité d'échanger avec l'autre avec son corps.</i></p> <p>Il s'agit de proposer à l'autre quelque chose qui fera signe et sens, et de se laisser interpeller par l'autre dans ce qu'il proposera de signe et de sens. Les mouvements et attitudes du corps de l'un participent à un échange et impliquent une réaction chez l'autre qui va à son tour modifier quelque chose chez le premier.</p> <p>Jeux deux par deux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mouvements en miroir, l'un suit l'autre puis inversement, en temps réel, avec le moins de décalage possible ; - action-réaction : l'un propose un mouvement, une attitude, à laquelle l'autre répond et ainsi de suite ; - jouer l'attitude opposée de celle proposée par l'autre : fort-faible, grand-petit, triste-joyeux ; - dessiner à deux dans l'espace (sur support musical) ; <p>animer une marionnette : l'un est une marionnette, l'autre joue avec les fils activant la marionnette. La marionnette peut, si elle le désire, échapper à son marionnettiste.</p> <p>Jeux en groupe :- tout le groupe joue un affect, une sensation (triste, joyeux, serein ou chaud, froid, sec, etc.) ou un élément (vent, pluie, neige, froid, etc.).</p>
<i>L'animateur et le coanimateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>réalisent les consignes</i> afin de lancer la dynamique et d'offrir un exemple de ce qui est proposé ; - <i>veillent à ce que des duos</i> se constituent ; - <i>proposent régulièrement de changer de partenaires</i> ; - <i>se déplacent</i> dans la salle pour encourager par leur proximité un patient en difficulté de compréhension ou de mobilisation ; - <i>guident le groupe</i> à travers des consignes exprimées simplement (<i>cf.</i> au-dessus : progression de la séance).
<i>Le groupe</i>	<i>suit les consignes</i> verbales énoncées par l'animateur.
Recommandations	
<ul style="list-style-type: none"> - Les qualités d'entraînement des animateurs seront fondamentales dans ce type d'activité. C'est parce que le soignant osera lui-même se mettre en acte et qu'il communiquera son propre plaisir de jouer et de se laisser aller qu'il permettra au groupe de patients de le suivre. Évidemment il devra veiller à ne pas effectuer une démonstration de son savoir-faire et de ses facilités. Il doit susciter l'envie et l'identification chez le patient ; pour cela il faut que ce qu'il montre et ce qu'il propose soient vécus comme réalisables par les participants (<i>cf.</i> partie sur l'animation). - Une reprise verbale sera proposée afin de permettre à chaque participant de mettre en mots ce qu'il aura vécu. 	

Le jeu dramatique

Le jeu dramatique se déploie à travers l'espace imaginaire et symbolique mais aussi social et relationnel (*cf.* chapitre 3, Les éléments dynamiques, structurels et méthodologiques participant au processus thérapeutique, Le groupe. De plus, par effet d'entraînement, il aura un impact désinhibiteur sur chaque participant.

Le jeu dramatique dans l'espace imaginaire et symbolique

Le jeu dramatique permet la création d'un espace intermédiaire entre l'imaginaire et la réalité. Le sujet choisit ou se voit donner un rôle qu'il doit créer : jouer un personnage réel ou imaginaire, un sentiment, un trait de caractère. Le fait de jouer un rôle nécessite bien sûr d'imaginer, en le préparant ou en temps réel, le rôle prévu mais aussi et surtout de le traduire de manière compréhensible et partagée par les autres. Cela exige donc non seulement présentation de soi, puisque c'est le sujet lui-même qui joue, mais aussi représentation puisqu'il s'agit de jouer quelque chose qui a été préalablement présent dans l'esprit de celui qui joue. Imaginer puis exprimer nécessite inévitablement une étape intermédiaire qui est celle de traduire pour l'autre ce qui a été imaginé, c'est l'étape de la symbolisation. Le sujet sort de la présentation de soi pour accéder à la représentation. C'est donc un travail de stimulation de la fonction symbolique, cette dernière permettant la liaison entre la pulsion et l'acte moteur par le biais de l'intention.

Cette transformation de la pulsion par la représentation-symbolisation, qui consiste à penser cette pulsion, participe à la maîtrise de cette dernière. On voit alors en quoi ce travail peut être bénéfique pour celui qui maîtrise avec difficulté son activité pulsionnelle. L'agir est stimulé mais dans un espace où il est préalablement élaboré, pensé, symbolisé. Ce n'est donc pas un travail de régulation comportemental qui est proposé mais un travail de mobilisation et de renforcement de l'activité de penser.

La maîtrise du corps est visée par le biais de l'adoption d'une intention. La phase intermédiaire d'imagination et de symbolisation (le sujet doit, par exemple, imaginer que quelqu'un lui refuse quelque chose) consiste à ressentir les émotions, à mentaliser les attitudes, à anticiper les réactions de l'autre, à visualiser ses propres mouvements corporels, les postures adéquates, les gestes pertinents, les mimiques et les attitudes signifiantes, etc. La seconde phase du travail consiste à jouer, dans la réalité, ce qui a été imaginé (c'est la représentation), pour cela, le corps doit suivre l'intention préalablement construite, il doit donc être maîtrisé, expressif.

Le corps est l'outil qui va servir à médiatiser cette activité symbolique, c'est pourquoi le jeu dramatique entre dans la catégorie des activités corporelles.

Le jeu dramatique dans l'espace social et relationnel

Le jeu dramatique, outre le processus de mentalisation¹⁷, va renforcer les compétences relationnelles qui sont mises en jeu puisque l'autre est toujours présent, il est même co-créateur. Les rôles joués nécessitent en permanence l'adaptation

¹⁷ Mentalisation est synonyme de symbolisation, d'élaboration et de secondarisation.

à la réaction de l'autre. Dans la dynamique même du jeu, l'imaginaire est sollicité par la réponse comportementale de l'autre. Cet imaginaire convoque des résonances affectives qui vont demander à être mentalisées, symbolisées, pour être, elles aussi, représentées, c'est-à-dire traduites comportementalement. L'interactivité renforce ainsi la difficulté de l'expérience et impose l'autre dans l'existence du sujet. La place de l'autre se trouve renforcée, enrichie ; le sujet apprend empiriquement que l'autre a un impact sur son propre monde interne, sollicitant son imaginaire, son affectivité. Il se trouve ainsi placé lui aussi en position de sujet. Il y a relation intersubjective. L'impact thérapeutique se situe aussi au niveau comportemental puisque les sollicitations de l'autre vont imposer au sujet de jouer différents rôles (actif ou passif dans la relation, agressif, séducteur, etc.). La capacité à déployer des rôles différents pour s'adapter aux situations rencontrées permet au sujet d'enrichir la qualité de ses interactions sociales. Il y a donc augmentation de l'adaptabilité sociale. (Dans ce cadre de travail, les techniques utilisées pour l'animation recourent celles qui caractérisent le travail relationnel.)

Le jeu dramatique : l'effet désinhibiteur

L'espace thérapeutique créé est un espace expérientiel sécurisé, hors enjeux sociaux réels. Il permet donc, grâce à la fonction d'entraînement du jeu, la levée de l'inhibition liée au regard de l'autre, à une image péjorée de soi, à une incapacité relationnelle supposée. C'est donc un travail d'affirmation de soi qui est à chaque fois réalisé.

Fiche méthode d'une séquence de jeu dramatique

Contexte		
<ul style="list-style-type: none"> - Groupe fermé de 3 à 8 participants - Pré-requis : pas de déficit de mobilisation important - Animation à 2 requise 	<ul style="list-style-type: none"> - Salle dédiée à ce type d'activité - La salle doit être suffisamment vaste pour permettre la mobilisation des participants - Elle doit contenir le moins de meubles possible 	Séances régulières, 1 à 2 par semaine
Préparation		
<ul style="list-style-type: none"> - La salle doit être dégagée, si elle est meublée, les meubles (tables et chaises par exemple) sont poussés contre les murs. - Les chaises restent à disposition. - Les participants sont habillés de manière à être à l'aise dans leurs mouvements. - Les animateurs ont préparé des fiches sur lesquelles des situations à jouer sont inscrites. 		Un système musical peut être disponible.

Fiche méthode d'une séquence de jeu dramatique (*Suite*)

Déroutement de la séquence	
<i>Départ de la séquence</i>	L'ensemble des participants est debout et forme un cercle pour écouter les consignes de l'animateur.
<i>L'animateur</i>	<i>énonce verbalement ses consignes : « nous allons, dans un premier temps, faire des exercices d'échauffement dans lesquels nous mettrons notre corps en mouvement. Dans un second temps nous ferons des jeux de rôle ».</i>
<i>Progression de la séquence</i>	<p><i>Les techniques d'échauffement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Imitation de mouvements ou de gestes : avec ou sans fond musical, l'animateur propose un geste ou un mouvement qui sera imité par l'ensemble du groupe. Chaque participant devient animateur à son tour et propose un geste ou un mouvement qui sera imité par le groupe. - Jeux de dialogue gestuel : avec ou sans fond musical, un membre du groupe bouge une partie de son corps, un bras, une jambe, le tronc, la tête, en s'adressant, par le regard, à un autre participant qui imite ou propose une réponse gestuelle à cette invitation. - Mimes d'actions concrètes : mime de se vêtir ou de se dévêtir, de se laver, de manger, etc. (Mimer un geste opératoire est bien moins impliquant qu'un geste expressif.)
Commentaires	
Cette partie de séquence est un échauffement nécessaire car jouer un rôle n'est pas chose facile, cela nécessite un laisser-aller qui peut être difficilement accessible. Les jeux proposés doivent donc être facilement réalisables et la dynamique être tonique, entraînante. Le groupe reste en cercle même lors des dialogues gestuels. Ce sont les animateurs qui proposent les mimes.	
<i>Progression de la séquence</i>	<p><i>Les jeux de rôle</i></p> <p>Ces jeux sont fondés sur des interactions simples mettant en scène soit des moments déjà vécus par les participants, soit des moments à venir (le prochain entretien avec le médecin, le retour à la maison, etc.), soit des moments imaginaires. Les rôles peuvent être définis avec précision ou bien être laissés à la libre imagination de chacun : « <i>vous vous promenez dans le parc de l'hôpital et vous rencontrez quelqu'un</i> » ; « <i>vous êtes dans l'ascenseur d'un immeuble avec une personne et vous engagez la conversation</i> » ; « <i>à la maison, votre épouse vous reproche de trop regarder la télévision</i> » ; « <i>à l'hôpital, votre voisin de chambre vous parle souvent et vous souhaitez un peu de silence</i> », etc.</p> <p>Les scénarii peuvent aussi être totalement libres et improvisés quant à leur thème.</p>

Fiche méthode d'une séquence de jeu dramatique (Suite)

<i>L'animateur</i>	<p>énonce les consignes : « Nous allons faire des jeux de rôle. Nous vous proposons des fiches sur lesquelles des situations sont inscrites. Vous allez, à tour de rôle, tirer une fiche, la lire à voix haute et choisir un partenaire pour réaliser le jeu de rôle inscrit sur cette fiche ».</p> <p>« Vous prendrez ensuite le temps d'imaginer la situation et votre rôle dans cette situation avant de la jouer. »</p>
<i>Le groupe</i>	suit les consignes verbales énoncées par l'animateur.
<i>Progression de la séquence</i>	<p><i>Techniques d'improvisation dramatique</i>¹</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>L'inversion de rôle.</i> Il s'agit de proposer au patient, qui vient de jouer un rôle dans une scène, d'échanger ce rôle avec celui de l'un de ses partenaires. Cela lui permet de réaliser une expérience différente, d'explorer un autre point de vue, une autre manière de comprendre et de vivre une situation, d'enrichir ses possibilités d'expression et de ressentir ce que l'autre a pu vivre à sa place. - <i>Le jeu en miroir.</i> Dans cette technique l'animateur va jouer l'image qu'un participant donne de lui dans un comportement. Le but est de l'aider à se percevoir plus justement en lui révélant la manière dont il est perçu. - <i>Le rôle du double.</i> C'est une sorte de voix intérieure (portée par un animateur) qui va exprimer tout haut les fantasmes sous jacents d'un participant, ou mettre à jour une ambivalence, une contradiction, interroger un comportement, une décision prise. - <i>Le soliloque.</i> Un animateur exprime les pensées supposées du personnage joué par un participant. Cette technique permet de révéler au patient des aspects ambivalents de son personnage, et ainsi d'exprimer clairement des tendances agressives, par exemple, qui restaient implicites mais pourtant actives. C'est une sorte de voix off.
<i>L'animateur et le coanimateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>interviennent en temps réel</i> dans le jeu de rôle entre deux participants dans le cadre du double ou du soliloque. Ils annoncent leur intervention : « je dis ce que semble penser X dans son jeu... » ; - <i>interviennent à la fin</i> d'un jeu de rôle dans le cadre de l'inversion de rôle ou jeu en miroir ; - <i>valorisent</i> l'attitude participante des patients.

Fiche méthode d'une séquence de jeu dramatique (Suite)

Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> - L'animateur et le coanimateur peuvent être choisis par les patients, ce qu'ils accepteront toujours. - La question du choix nécessite que le ou les animateurs travaillent à éviter qu'un patient ne soit jamais choisi par les autres participants. Pour cela il est possible d'énoncer la règle suivante : « <i>celui qui tire une fiche choisit quelqu'un qui n'a pas encore été choisi</i> ». - À la différence avec les « situations relationnelles », les animateurs insisteront sur l'aspect corporel de la communication. C'est le corps comme outil de communication qui est visé. - Comme à chaque fois, un temps de reprise verbale est prévu en fin de séance afin de permettre à chacun d'exprimer son ressenti de la séance. L'animateur sollicite chaque participant et lui renvoie avec précaution ce qu'il a observé.

¹ P. André, T. Benavidès, F. Giromini, *Corps et psychiatrie*, Heures de France, Paris, 2004

La danse

La danse est une écriture du corps dans l'espace. Pour que le corps exprime grâce au mouvement, il faut qu'il soit « habité » de l'intérieur. C'est donc ce sentiment d'exister qui est stimulé dans ce type d'activité. Le corps est le lieu d'existence du sujet, porteur du vécu, des émotions, des excitations, des traces de l'histoire. Le but du travail est d'aider le patient à retrouver un corps qui soit une enveloppe protectrice solide et perméable, permettant à la fois un vécu interne positif et des relations aux autres fructueuses.

Le travail thérapeutique fondé sur la danse entre à la fois dans le domaine du soin sociothérapeutique et de celui du psychothérapeutique. Le sociothérapeutique aborde tout ce qui est du domaine de la réappropriation corporelle, de la stimulation des capacités à utiliser le corps soit de manière fonctionnelle, soit de manière expressive et communicative. Le psychothérapeutique concerne les moments d'échanges intersubjectifs dans lesquels les psychismes se chevauchent, s'interpénètrent, se nourrissent mutuellement. Il existe dans ces moments-là transformation des mondes internes (des patients principalement) et donc visée psychothérapeutique. Précisons que si le vécu de ces moments est travaillé de manière à trouver place et sens dans l'histoire du sujet, il ne s'agit plus de « visée psychothérapeutique », mais de psychothérapie.

Fiche méthode d'une séquence de danse

Contexte		
<ul style="list-style-type: none"> - Groupe fermé de 3 à 8 participants - Pré-requis : pas de déficit de mobilisation important - Animation à 2 requise 	<ul style="list-style-type: none"> - Salle dédiée à ce type d'activité - La salle doit être suffisamment vaste pour permettre la mobilisation des participants - Elle doit contenir le moins de meubles possible 	Séances régulières, 1 à 2 par semaine
Préparation		
<ul style="list-style-type: none"> - La salle doit être dégagée, si elle est meublée, les meubles (tables et chaises par exemple) sont poussés contre les murs. - Les participants sont habillés de manière à être à l'aide dans leurs mouvements. 		Un système musical doit être disponible.
Déroulement de la séquence		
<i>Départ de la séquence</i>	L'ensemble des participants est debout et forme un cercle pour écouter les consignes de l'animateur.	
<i>L'animateur</i>	<i>énonce verbalement ses consignes : « nous allons commencer par un travail d'échauffement collectif. Pour cela vous suivrez mes consignes ».</i>	
<i>Le coanimateur</i>	<i>réalise les consignes énoncées par l'animateur (sert d'exemple).</i>	
<i>Progression de la séquence</i>	Le premier temps est un temps d'échauffement au sol (cf. partie sur l'aspect psycho-sensoriel). C'est un temps individuel d'appropriation du corps mais aussi un temps collectif, fusionnel pendant lequel les expériences sont vécues simultanément, le même ressenti pouvant venir habiter les membres du groupe dans un même temps.	
<i>Progression de la séquence</i>	Le deuxième temps est un temps de déplacements dans l'espace dans lequel est présent le regard de l'autre. Il s'agit de dynamiser le sujet et son corps et non plus seulement de lui permettre de prendre possession de son corps. Ce n'est plus l'espace intérieur qui doit être investi mais l'espace externe, partagé ; non plus l'espace du ressenti mais l'espace du mouvement, de l'action. Les dimensions du jeu et de l'échange sont privilégiées. L'improvisation est la règle, improvisation autour d'indications de l'animateur. Bouger, courir, sauter, tirer, flotter, marcher, s'immobiliser, seul, à deux, en groupe, l'un avec l'autre ou l'un contre l'autre, tout est possible.	

Fiche méthode d'une séquence de danse (*Suite*)

<i>L'animateur et le coanimateur</i>	<p>– réalisent les consignes afin de lancer et soutenir la dynamique et d'offrir un exemple de ce qui est proposé ;</p> <p>– se déplacent dans la salle pour encourager les patients par leur proximité.</p> <p>La stimulation verbale de l'animateur est plus dynamique, plus directive lors du deuxième temps que lors du premier temps. Elle est cependant très métaphorique ;</p> <p>– les consignes données au groupe s'inscrivent dans une libre dynamique d'association. « Le vent souffle, il faut avancer tout de même, il nous pousse, on se laisse pousser ou l'on résiste, on flotte dans l'espace, libre, puis des obstacles apparaissent, il faut les éviter, les contourner... ». L'animateur laisse aller son imaginaire, les métaphores colorent les mouvements, chacun est oiseau, vent, pierre, mousse, épée, etc. Le corporel se déploie à la faveur de l'imaginaire et, comme l'action se réalise à plusieurs, l'imaginaire de l'un influence celui de l'autre. Il y a communication d'imaginaire à imaginaire grâce au langage corporel dans un espace partagé, dans une aire de jeu transitionnelle. Les corps s'interpellent, se parlent, se confrontent, s'entraident, se comprennent. L'accent est mis progressivement sur la communication entre les membres du groupe, sur l'échange, le dialogue. Le groupe partage un espace commun, celui du rêve, inventé, co-créé, dans une dynamique intersubjective¹. Des objets divers peuvent être utilisés comme prolongement du corps ou soutien de l'imaginaire : bâtons, étoffes, balles.</p>
<i>Le groupe</i>	suit les consignes verbales énoncées par l'animateur.
<i>Progression de la séquence</i>	Le troisième temps est celui de la parole. C'est le temps de retour au réel, le temps de nommer. L'animateur doit souvent prendre l'initiative de dire ce qu'il a vécu et ce qu'il a vu que les autres ont vécu : « je vous ai vu sourire, vous sembliez détendu, apaisé, ou au contraire, ce moment-là semblait difficile, n'est-ce pas ?... ». Ce temps est important, c'est celui de la symbolisation, de la transformation de l'expérience individuelle en mots qui permet son intégration à l'histoire individuelle.
<i>Progression de la séquence</i>	Le dernier temps est celui de la remise en ordre de la pièce qui peut parfois avoir subi quelques renversements lors de l'activité. C'est un temps social qui ouvre sur l'après de la séance.

Fiche méthode d'une séquence de danse (Suite)

Recommandations

- Là encore les qualités d'entraînement des animateurs seront fondamentales dans ce type d'activité. C'est à la fois le plaisir pris dans le jeu par les animateurs et la qualité des mots invitant à l'action qui déterminera le niveau d'implication des patients.
- Des consignes trop sèches, pas suffisamment métaphoriques, n'inviteront pas suffisamment à la mise en actes ludiques ou expressifs, à la poésie, au laisser-aller.

¹ C. Yelnick, Entre corps et rêverie, la danse, in revue *Art-thérapie* n° 96-97, juin 2007

Les différentes activités centrées sur le corps : les thérapies de stimulation motrice ou perceptivo-motrices

Les jeux sensori-moteurs

Nous empruntons à Pierre Van Damme¹⁸ et aux soins destinés à l'enfant toute une série de jeux actifs qu'il nomme jeux d'échauffement, qui sont des manières de mettre le corps en train : « *courir, marcher, sauter, se coucher, s'asseoir, lancer, toucher, manipuler, tomber, faire tomber, tourner, rouler... Nous sommes encore dans le monde des sensations physiques et de l'expression corporelle sans qu'y soient associées consciemment des émotions, sentiments, images. Nous sommes dans le non-dit, le pré-verbal* ».

Ces jeux ne nécessitent aucune technique particulière, ils renvoient simplement à la mobilisation ludique du corps, à sa mise en mouvement, à son assouplissement (cf. séquence de mobilisation corporelle).

Les jeux de balles

Ils permettent le travail sur la praxis (mouvements coordonnés en vue de la réalisation d'une intention). Dans cette praxis s'exprime la capacité symbolique du sujet à travers sa gestuelle. L'organisation praxique nécessite l'établissement d'un schéma corporel intégré et un tonus adapté à l'activité en cours. Lancer une balle implique de la recevoir, de se la passer d'une main à l'autre, de se retourner pour repérer celui à qui on va la lancer à nouveau, de réaliser le geste de lancer et enfin de se remettre en position de recevoir à nouveau la balle. Chaque geste doit ainsi être intégré à l'ensemble du corps, registre dans lequel il prend sens. Le sujet psychotique n'est pas toujours capable de cette intégration du travail d'un segment à la globalité de son corps.

Les jeux de balles permettent aussi d'intégrer l'autre dans sa relation au monde. Je reçois et je passe une balle, ce qui me permet l'échange avec l'autre. Dans le même ordre d'idée lancer un ballon à quelqu'un caché derrière un

¹⁸ P. Van Damme, *Espace et groupe thérapeutique d'enfants*, Collection Interfaces, Desclée de Brouwer, 1996.

obstacle, puis recevoir ce même ballon de quelqu'un qui n'est pas vu, signe l'accès à la représentation¹⁸.

Les jeux organisés (basket, hand-ball, etc.) participent du même mécanisme, nécessitent une adaptation du sujet à l'évolution du jeu. Le sujet doit se déplacer, observer, anticiper, repérer, évaluer, tout cela dans une interaction permanente avec les autres participants. Chaque moment du jeu génère de nouvelles informations à prendre en compte, placement des joueurs, mouvements de la balle, fatigue personnelle. La dynamique du jeu entraîne alors chaque protagoniste dans l'action, mobilise sa concentration et ses capacités de perception.

Le bricolage

Le bricolage, ou plus globalement les activités manuelles, peuvent avoir un impact thérapeutique très intéressant principalement sur la motricité fine, c'est-à-dire sur tout ce qui concerne l'efficacité du geste, l'habileté, la précision. Maîtriser le geste permet à la fois d'agir sur l'environnement de manière efficace mais aussi de contrôler l'expressivité de la gestuelle

Techniques

Techniquement il s'agit de proposer au patient de fabriquer des objets fonctionnels ou esthétiques à l'aide d'outils simples en général non électriques. Il suffit donc pour cela de disposer d'un espace avec une ou plusieurs tables, un établi d'outils (marteaux, pinces, scies, limes, clous, vis, colle, etc.) et de matériaux à transformer (bois, métal, carton, polystyrène).

Méthode

Les objets à réaliser n'ont pas besoin d'être d'une grande sophistication. Une boîte, l'encadrement d'un poster, la réparation d'un petit meuble, constituent des finalités tout à fait exploitables :

- l'idée est de commencer par un travail de visualisation de l'objet et des différentes étapes du travail à réaliser : penser un projet ;
- ensuite le travail de production proprement dit permet d'associer le geste¹⁹ à la pensée du geste, donc à maîtriser le geste en fonction d'une intention ;
- la maîtrise gestuelle ne vient pas du premier coup. Il peut donc y avoir des essais et des erreurs dont la finalité sera toujours de faire correspondre ce qui est imaginé à ce qui est produit.

Le travail du soignant est à la fois d'apporter un soutien en termes de disponibilité pour guider et encourager le patient. C'est également de rester garant de la continuité du travail réalisé qui peut parfois durer plusieurs séances. Si

18 P. Sivadon, A. Fernandez-Zoïla, *Corps et thérapeutique, Une psychologie du corps*, Collection Psychologie d'aujourd'hui, PUF, Paris, 1986.

19 Le geste est un mouvement ou un ensemble de mouvements doté d'une intention.

le projet à réaliser nécessite la participation de plusieurs patients, il assure la cohérence de l'ensemble. Le soignant va donc construire un cadre qui va permettre au groupe de patients de se mettre en actes. Il n'a pas à être omniscient ni omnicompétent. Il est cependant utile qu'il connaisse l'usage des différents outils proposés et qu'il soit force de proposition afin d'offrir des idées au groupe lorsque celui-ci en manque.

Mécanismes thérapeutiques

Le bricolage offre plusieurs effets positifs sur le sujet. Il développe la précision et l'habileté gestuelle et donc une certaine maîtrise de soi. Il offre la possibilité de stimuler différents sens, en particulier le toucher et l'odorat à travers la manipulation des différents matériaux (bois, liège, etc.). Il permet de faire et de dépasser l'expérience de l'échec. Enfin il introduit la notion de temporalité, de continuité, si l'objet façonné nécessite plusieurs séances de travail.

Le processus de fabrication

La transformation progressive du matériau brut par façonnage ou assemblage nécessite de donner aux gestes réalisés une efficacité technique. Chaque geste produit un effet qui doit correspondre à une intention. Cela implique que le geste doit être maîtrisé mais aussi que des liens soient établis en permanence entre ce qui est imaginé et ce qui existe réellement. Le patient doit faire coïncider et mettre en correspondance les deux niveaux de fonctionnement : imaginaire et réel. L'impact positif est évident pour les patients souffrant de psychose qui sont parfois en difficulté pour différencier ces deux niveaux.

L'objet fini

L'objet fini possède deux fonctions. Il permet tout d'abord de concrétiser le travail réalisé et d'offrir de la reconnaissance à celui qui l'a produit. Il a donc une fonction narcissisante de production d'estime de soi et de reconnaissance sociale. Il permet ensuite de faire coïncider une dernière fois l'objet qui a été pensé avant d'être réalisé avec celui qui a été produit. Il amène donc le patient à lier ce qu'il a pensé et ce qu'il a produit, et donc ce qui existe.

6

Les activités centrées sur le maintien et le développement des capacités cognitives

Les pathologies, tout autant parfois que les traitements, génèrent chez le patient un déficit ou des troubles cognitifs : trouble du cours de la pensée, relâchement des associations, atteinte de la fluidité verbale, aboulie, déficit mnésique, illusions ou déformations perceptives, altération du fonctionnement exécutif, c'est-à-dire défaut d'attention, de concentration, de hiérarchisation, de priorisation, de l'anticipation, de modulation du comportement en fonction de l'environnement, etc.

Généralement ces troubles cognitifs sont sous-estimés. Très prégnants dans les pathologies schizophréniques, puisqu'ils concernent 85 % de la population alors qu'ils ne touchent que 5 à 10 % du public en général, ils le sont aussi dans les dépressions, les pathologies du vieillissement ou les dépendances.

Leur méconnaissance entraîne des échecs lors des prises en charge car même une fois la pathologie stabilisée sur les plans comportemental et affectif, les troubles cognitifs peuvent venir enrayer la capacité du sujet à vivre de manière autonome. L'incapacité de mémoriser des informations, de se concentrer sur une tâche, de trouver ses mots péjorent fortement la capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne. La capacité d'inférence, par exemple, qui consiste à déduire une information d'un indice spécifique est fort utile dans un supermarché pour trouver les produits que l'on cherche : voir du savon dans un rayon m'indique que le dentifrice n'est pas loin. Une incapacité à ce niveau entraîne une inefficacité dans un geste pourtant élémentaire de la vie quotidienne qui, s'il se répète dans de trop nombreuses situations, rend difficile l'inscription au sein de l'existence quotidienne.

Mais les troubles cognitifs ne sont pas seulement la conséquence de certaines pathologies, ils peuvent aussi indirectement en être la cause ou en tout cas la cause de leur persistance ou de leur aggravation. En effet, il est connu que la dépression diminue les possibilités de concentration du sujet ; mais à l'inverse,

un défaut de concentration obère la capacité du sujet à mener à bien une tâche efficacement, ce qui renforce alors les situations d'échec, qui renforcent elles-mêmes la dépression.

On peut donc considérer que la performance cognitive possède un impact fort sur la socialisation et que les troubles cognitifs conditionnent le pronostic social au moins autant que la symptomatologie. Ces troubles engendrent donc des conséquences négatives sur les prises en charge puisque, mal pris en compte, ils risquent de rendre certains projets de soins inappropriés en créant une dynamique échecs-dévalorisation préjudiciable pour le patient. Ils peuvent, de plus, entraîner une tentation de responsabilisation de ce dernier dans ses échecs de la part des professionnels : « *il ne fait pas d'effort* », « *il préfère rester comme ça* »... Le découragement des équipes par rapport à des trajectoires d'échecs perpétuels peut être dû à cette mauvaise prise en compte des troubles cognitifs.

Si ces troubles sont insuffisamment pris en compte, c'est parce qu'ils n'entrent pas dans les préoccupations de la clinique lorsqu'elle est trop orientée vers les symptômes et leur interprétation, dans une compréhension psychanalytique, certes très pertinente, mais qui fait trop souvent l'impasse sur les conséquences cognitives des perturbations du fonctionnement psychique.

Éléments conceptuels

Les processus cognitifs¹

On appelle processus cognitifs les fonctions du sujet humain qui lui permettent d'avoir accès et de traiter les informations permettant la connaissance. Ces différentes fonctions sont la perception, l'attention, la catégorisation, la mémoire, le raisonnement, la résolution de problèmes, la communication.

Le fonctionnement cognitif regroupe l'ensemble des processus requis pour traiter une information entre sa perception et son impact au niveau comportemental :

- étape 1 – perception : tout commence par la perception d'un stimulus ;
- étape 2 – attention : cette dernière entraîne un effort d'attention afin d'isoler le stimulus des stimuli ambiants ;
- étape 3 – traitement cognitif : une fois isolé, le stimulus fait l'objet d'un traitement cognitif lui permettant d'être traduit en unité de sens ;
- étape 4 – catégorisation : il est alors rangé dans une unité sémantique globale, un concept, pour être intégré aux connaissances globales du sujet concerné ;
- étape 5 – mémorisation : il sera ensuite mémorisé plus ou moins longtemps en fonction de son importance pour le sujet ;

1 J. Merklings, S. Langenfeld, *Psychologie, sociologie, anthropologie*, Les essentiels en IFSI, Masson, Paris, 2010.

- étape 6 – raisonnement : puis il fera l'objet d'un raisonnement qui permettra au sujet d'initier une réponse comportementale, si besoin ;
- étape 7 – communication : cette réponse intégrera le champ de la communication verbale ou non verbale².

Étape 1 : perception de l'information

La perception est l'expérience consciente résultant de la stimulation des organes sensoriels au niveau physiologique.

Trois éléments interviennent dans le travail de la perception :

- un stimulus, élément déclencheur d'une perception qui provoque une modification d'un organe sensoriel ;
- un organe sensoriel, élément capteur et transmetteur de la perception (les organes de la vision, de l'audition, de l'odorat, du goût et du toucher) ;
- un sujet et l'historique de ses expériences vécues, élément d'intégration et de prise en compte de la perception.

Étape 2 : attention

L'attention est le processus de focalisation d'une partie de l'activité mentale sur certains éléments de l'environnement ou sur certaines activités du sujet lui-même. L'attention permet de situer certaines informations au premier plan alors que d'autres sont reléguées au second plan. C'est une fonction cognitive essentielle dans de nombreux domaines du fonctionnement humain, dans la perception, la mémoire, le langage, le raisonnement. C'est un facteur d'efficacité important.

Étape 3 : traitement cognitif de l'information

Les informations perçues sont organisées et interprétées de manière automatique afin de correspondre à des unités de sens et d'entrer dans le monde sémantique du sujet. La perception n'est pas simplement la réception passive d'informations, ces dernières sont sélectionnées, décryptées, interprétées, catégorisées en lien avec les informations stockées dans la mémoire du sujet.

Pour la vision, par exemple, il s'agit de distinguer l'objet du fond (l'environnement) qui l'entoure et d'en avoir une vision globale même s'il est en mouvement.

La figure 6.1 représente de manière évidente une silhouette humaine alors qu'en fait elle n'est composée que de cinq segments de droites.

Si nous voyons dans l'assemblage de ces traits une silhouette c'est parce que nous référons de manière automatique nos perceptions à notre mémoire et que dans cet exemple, les cinq traits évoquent le schéma d'une forme humaine. Toutes nos perceptions sont ainsi orientées par nos connaissances acquises, ce qui nous permet d'interpréter notre environnement de manière rapide et efficace. C'est ce traitement cognitif de l'information qui nous permet d'interpréter des schémas, des silhouettes ou des icônes qui ne font que suggérer des informations (code de la route par exemple).

2 Idem.

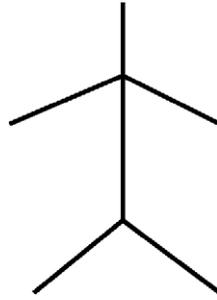


FIGURE 6.1. Exemple d'organisation cognitive d'une perception visuelle

Étape 4 : catégorisation

La catégorisation est un processus par lequel différents objets sont classés en fonction de certains critères : ressemblance, fonction, etc. L'outil de base de la catégorisation est le concept. Un concept est une représentation mentale regroupant de multiples objets sous une définition commune, ces objets ayant des attributs communs. La catégorisation permet au sujet de mettre de l'ordre dans ce qu'il perçoit afin de donner du sens à la multitude d'informations dont il est constamment bombardé.

Les concepts sont organisés en classes plus ou moins hiérarchisées leur permettant d'être disponibles très rapidement lorsque le sujet pense. Les catégories (classes) les plus larges sont très englobantes, elles ont une portée très large, elles regroupent de nombreux objets mais elles sont peu précises alors que les catégories spécifiques ont une portée restreinte (elles regroupent peu d'objets) mais elles sont précises.

Exemple : la catégorie « végétal » est très englobante, celle d'arbre est déjà plus spécifique et précise, celle d'épineux l'est encore plus.

Étape 5 : mémorisation

La mémoire est la fonction qui permet de capter, conserver et restituer les informations perçues.

Le traitement de la mémoire

Les éléments d'information qui sont mémorisés passent par un processus en trois étapes :

- l'encodage : c'est l'acquisition et la consolidation des informations grâce à leur transformation. Au niveau auditif, par exemple, les informations qui sont captées sont relatives à des différences de pressions. Elles sont transformées, par encodage, en signaux électriques avant d'être acheminées vers la zone du cortex spécifique de l'audition. Elles vont prendre sens pour être stockées dans la mémoire à court terme où elles subiront un nouvel encodage, la consolidation, pour être stockées dans la mémoire à long terme ;

- le stockage : c'est l'enregistrement, la conservation des informations. Ces dernières sont stockées au même niveau cortical que celui de la perception initiale et de son traitement. Les informations visuelles sont stockées dans l'aire cérébrale concernée par la vision, etc.
- la récupération : c'est la remémoration des informations stockées. La récupération doit rechercher toutes les parties d'un souvenir pour pouvoir le restituer dans sa globalité ;

D'un point de vue neurophysiologique la mémoire fait appel à la plasticité synaptique du cortex. Lorsqu'une information arrive au cortex elle produit une stimulation qui laisse une trace sur l'état des connexions du réseau neuronal concerné. Si l'information est répétée, la trace laissée la première fois va être renforcée et mémorisée. Ce mécanisme se produit pour des événements conscients mais aussi non conscients³.

Les différents types de mémoire

TABLEAU 6.1. Les différents types de mémoire

Mémoire sensorielle	Mémoire à court terme	Mémoire de travail	Mémoire à long terme			
Correspond au temps de perception des stimuli par les organes sensoriels	Mémoire temporaire de faible capacité	Mémoire temporaire mais non volontaire (permet, par exemple, de se souvenir du sens d'un discours jusqu'à la fin de celui-ci)	Mémoire de stockage			
			Mémoire déclarative Mémoire consciente, stock de connaissances générales		Mémoire non déclarative Mémoire inconsciente	
			Sémantique : mémoire encyclopédique (tout ce qu'un sujet sait sur le monde)	Épisodique : mémoire des événements personnels	Savoir-faire et habitudes	- Apprentissages non associatifs : conditionnements types habituation ou sensibilisation - Conditionnements simples : apprentissages

Étape 6 : raisonnement

Globalement le raisonnement est la fonction qui permet d'orienter le sujet vers des stratégies de résolution de problèmes. Il s'appuie sur des opérations

3 Idem.

mentales consistant à articuler des données pour obtenir un résultat. Il existe différents processus de raisonnement permettant une certaine souplesse dans l'articulation des arguments :

- la déduction ;
- l'induction ;
- l'analogie ;
- le raisonnement empirique ;
- le raisonnement par l'absurde ;
- le raisonnement dialectique.

Étape 7 : communication

(Cf. Les activités centrées sur le maintien et la reconstruction des compétences relationnelles ; éléments conceptuels.)

Les différents domaines cognitifs et leurs perturbations

Les différentes pathologies mentales et leurs traitements ont des répercussions sur les fonctions cognitives. Il importe d'évaluer la perturbation de ces fonctions avant de proposer à un patient de participer à un groupe thérapeutique. Ce qui compte c'est de rendre au patient la possibilité de retrouver des capacités opératoires suffisantes pour une bonne adaptation sociale.

Les perturbations perceptives

Elles concernent tout d'abord la saisie sensorielle des informations en provenance de l'environnement à travers la vue, l'ouïe, l'odorat, le toucher. Cette perception peut faire l'objet de déformations, d'illusions, ou encore de difficultés dans la discrimination ou la sélection. Des difficultés peuvent se faire jour dans la reconnaissance des visages ou dans celles des voix au téléphone par exemple.

Les perturbations dans le traitement cognitif des informations

Il peut exister des difficultés lors du décryptage et de l'interprétation de l'information perçue. Un signal sonore ou visuel ne prend pas sens. C'est par exemple un mot à double sens qui est mal interprété ou une forme géométrique symbolisant une fonction, comme un panneau de signalisation, qui n'est pas comprise ou encore un son qui n'est pas reconnu parce qu'il n'est pas rattaché à son contexte, comme un klaxon de voiture venant de l'extérieur alors que le sujet est dans un intérieur. Ces perturbations concernent aussi tout ce qui a trait au langage non verbal ou tout ce qui est suggéré. Le sens lié au ton d'une voix, à un discours teinté d'humour ou à une mimique particulière peut perdre son évidence.

Les perturbations de l'attention et de la concentration

Il s'agit soit d'un défaut réel de l'attention, c'est-à-dire de la capacité de concentration sur une tâche précise (mémoire de travail faible), soit de

distractibilité relative à un défaut d'inhibition des stimuli non pertinents de l'environnement pour une tâche en cours. Le sujet doit, par exemple, faire cuire des œufs sur le plat. Alors que ses œufs sont sur le feu, son attention est attirée par la radio qui est en marche, puis par le chat qui passe et, enfin, par la sirène d'une ambulance dans la rue. Si ces différentes informations sont traitées au même niveau que la tâche en cours de réalisation, le sujet va concentrer son attention sur les différents stimuli avant de revenir sur ses œufs. Ils seront évidemment brûlés.

Les perturbations de la catégorisation

Les données issues de l'environnement ne sont pas intégrées dans des concepts pertinents. Chaque objet représenté est isolé ou alors classé avec des objets sans rapport avec lui ou dans un rapport aberrant. Ce n'est pas la fonction ou la nature (attributs communs) des objets qui permet de les catégoriser mais plutôt, par exemple, la consonance des mots qui les désignent. Bateau, château, gâteau formeront un concept, mais celui-ci n'aura aucune valeur signifiante. Les liens permettant d'organiser, d'ordonner les informations, sont inexistantes ou ne sont pas pertinents.

Les perturbations de la mémoire

Les différents types de mémoires peuvent être perturbés :

- la mémoire déclarative à travers la capacité de rappel : évocations des faits ou événements vécus, rappel de mots, d'association, de chiffres, etc.... Il s'agit le plus souvent de difficultés d'encodage. Notre mémoire classe les informations à retenir en fonction de l'appariement de ces informations qui facilite leur stockage et leur rappel. Ce travail de classification est spécifique à chacun de nous, il passe par le visuel, par les consonances sonores, par les analogies sémantiques, etc. ;
- la mémoire logique ou associative : elle s'active pour mémoriser des rapports, établir des relations, élaborer des associations, organiser les informations ;
- la mémoire procédurale : c'est le savoir-faire, les habiletés motrices et gestuelles ; elle passe par l'enchaînement de séquences d'actes intériorisés dont l'activation est plus ou moins automatique ;
- la mémoire prospective : c'est ce que l'on prévoit de faire. Il s'agit donc de la mémoire de ce qui n'est pas encore arrivé, de ce qui a été projeté ;
- la mémoire viséo-spatiale : c'est la mémoire liée à la capacité à organiser et à se représenter l'espace. Elle permet, par exemple, de mémoriser un chemin déjà emprunté sur la base d'une image mentale elle-même construite sur des éléments visuels plus ou moins précis : je peux imaginer le trajet de mon domicile jusqu'à une adresse quelconque grâce à des détails architecturaux, à une maison en travaux, à un carrefour spécialement bruyant, etc., autant de points de rappel que je peux me remémorer et qui viennent construire le trajet à emprunter dans ma tête.

Les altérations du fonctionnement exécutif

La vigilance dans le fonctionnement exécutif n'est rien d'autre que la capacité à mener à bien une tâche organisée en fonction d'un but. Les altérations de cette capacité sont relatives aux difficultés que nous avons citées plus haut : défauts d'attention ou de concentration, problèmes de hiérarchisation ou de priorisation de l'information, carence de modulation du comportement en fonction de l'environnement, défaut d'anticipation, etc. Le déroulement d'une activité nécessite de mémoriser des informations diverses pour les réutiliser à plus ou moins long terme, de classer ces informations en fonction de leur pertinence pour les actions à effectuer, de prévoir le déroulement (planification) des actions à réaliser et même de modifier ce déroulement si de l'inattendu intervient.

Les stratégies de résolution de problème sont aussi liées à la capacité à raisonner. Elles s'appuient, dans le cadre d'un travail à effectuer, par la saisie de d'informations, par leur analyse, pour la recherche d'une solution appropriée en fonction d'expériences antérieures ou dans une démarche d'innovation, par la planification d'actions requises par la solution choisie et, enfin, par la mise en œuvre de ces actions. Chaque tâche en elle-même ne présente pas de difficulté, c'est la coordination de l'ensemble des tâches qui pose problème. La réalisation d'un plat cuisiné est l'exemple parfait de tâche nécessitant l'utilisation d'une stratégie de résolution de problème puisque cela nécessite d'organiser un ensemble d'activité : prévoir, acheter, préparer, cuire, mélanger etc.

Les troubles du langage ou du cours de la pensée

Ils sont en partie la conséquence des perturbations cognitives. Ces troubles peuvent se manifester par un relâchement des associations, une atteinte de la fluidité verbale, une pauvreté lexicale.

Les troubles de la communication

(Cf. plus haut, Les activités centrées sur le maintien et la reconstruction des compétences relationnelles ; éléments conceptuels.)

Les pathologies mentales peuvent générer des difficultés au niveau des variables relatives à l'émetteur (cadre de référence, contexte, attitude vis-à-vis du récepteur), relatives au récepteur (idem), ou encore en lien avec le canal de transmission (verbal, non verbal).

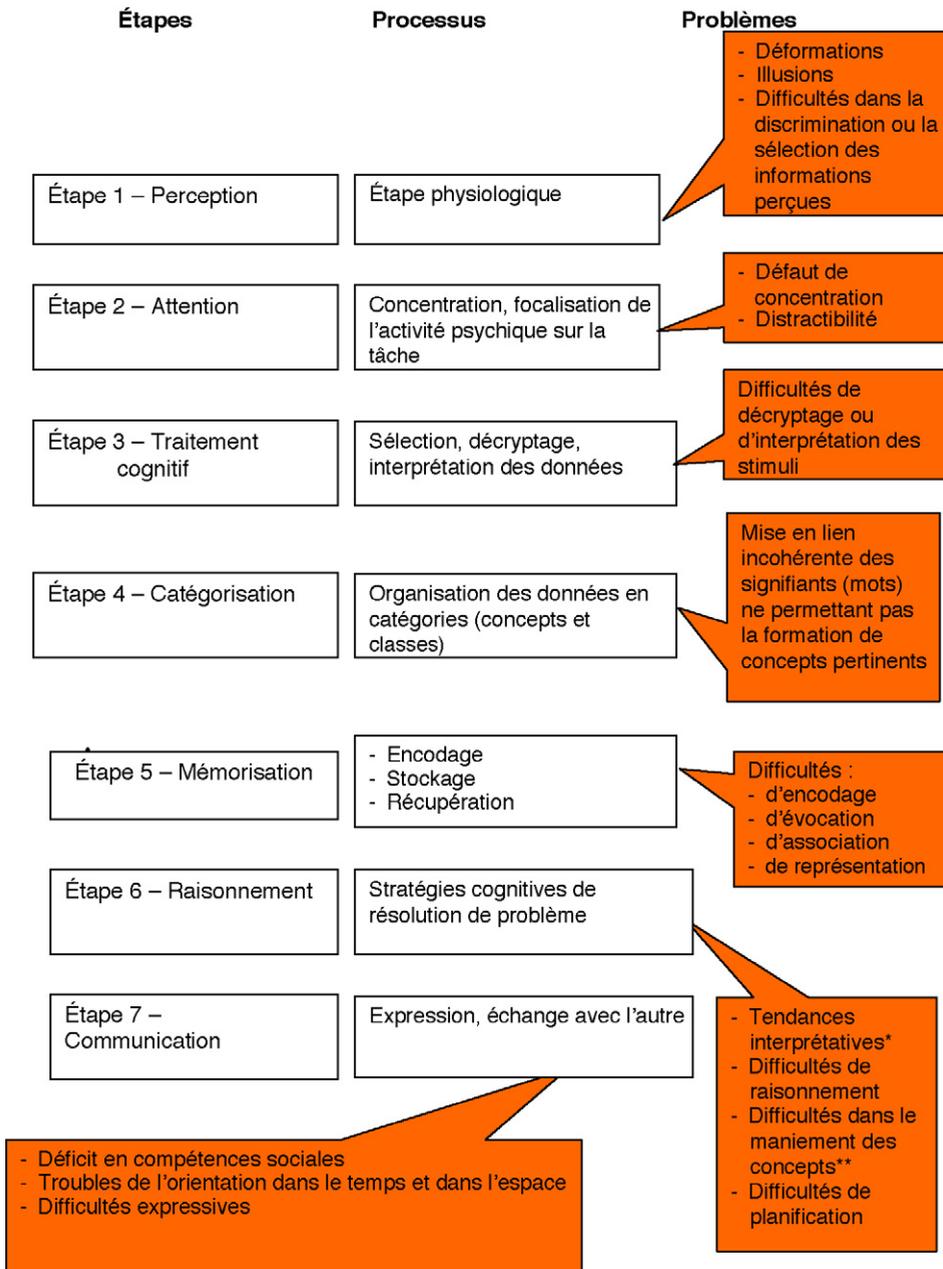


FIGURE 6.2. Schéma récapitulatif des différentes étapes du fonctionnement cognitif de traitement d'une information

*Tendances interprétatives = tendances à ne pas envisager les conclusions les plus pertinentes.

**Difficultés dans le maniement des concepts = incapacité à trouver le bon niveau de catégorisation.

L'objectif des activités centrées sur le maintien et le développement des capacités cognitives

Leur objectif est de mobiliser les capacités cognitives des patients dans le but soit de les préserver, soit de les développer.

Faire travailler ses fonctions cognitives permet, grâce à la plasticité cérébrale, de maintenir ou développer l'efficacité de ces mêmes fonctions. La neurobiologie a établi que l'activité des fonctions cognitives (faire travailler son cerveau) augmente la plasticité cérébrale et donc l'accroissement de l'activité neuronale, les arborisations dendritiques et l'efficacité synaptique. Par exemple, une personne qui perd la vue subit une diminution de volume de la zone cérébrale concernée par la fonction visuelle mais elle manifeste dans le même temps, si elle compense le sens perdu par un autre sens, l'ouïe par exemple, un accroissement de la zone neuronale concernée par l'ouïe. Les neurones de cette zone augmentent leur activité et déploient des dendrites dans de multiples directions. Plus globalement il est démontré que l'exercice des fonctions cognitives augmente l'efficacité des synapses concernées, ce qui se traduit par une augmentation de leur surface de contact et une augmentation du flux de neurotransmetteurs. L'activité cognitive renforce l'efficacité du cerveau tout comme l'activité physique renforce l'efficacité du muscle.

La méthode

La méthode consiste tout simplement à utiliser des jeux individuels ou collectifs simples, existants et éprouvés. Le pendu, le photo-langage, le baccalauréat, le scrabble, les jeux de mémoire, etc. Des exercices d'associations de mots, de recherche d'expressions, de synonymes ou d'antonymes, de concepts, de jeux avec des anagrammes pourront aussi être proposés. Le principe est de miser sur la simplicité, le but étant de rechercher une participation maximum pour une stimulation cognitive la plus grande possible.

Précisons que dans ce type d'activité, il ne s'agira en aucun cas de proposer un travail pédagogique, mais bien d'utiliser les différents supports (écriture, lecture, réflexion, etc....) pour mobiliser les différentes fonctions cognitives du sujet. Il ne s'agit donc pas d'aider le patient à devenir un as des jeux de société mais de stimuler sa machinerie cérébrale dans le but d'augmenter son efficacité dans la résolution des multiples petits problèmes de l'existence quotidienne.

Le mécanisme thérapeutique

La stimulation opératoire

Ces activités mettent en jeu les fonctions cognitives à travers des supports ludiques. Le soignant développe des stratégies qui entraînent le patient dans une mise en effort de ces fonctions. Cette mise en effort s'inscrit dans une optique

d'efficacité et de transférabilité, il s'agit de donner la possibilité à la pensée de retrouver sa fonction première : compréhension de monde, traitement des informations, stratégies d'adaptation à la vie de tous les jours, efficacité des actions entreprises et des raisonnements produits.

Dans cette optique de stimulation des fonctions cognitives, la notion de jeu est primordiale pour sa fonction d'entraînement. Le jeu comporte une dynamique propre qui va stimuler les compétences des participants. Cette dynamique est fondée sur le plaisir, l'excitation de la découverte, le partage, la volonté de gagner, la compétition, mais aussi sur les qualités intrinsèques du jeu qui en font une expérience particulière de la relation au monde et à l'autre⁴ (cf. chapitre 3, Les éléments dynamiques, structurels et méthodologiques participant au processus thérapeutique, Le jeu).

Les différentes activités

Quelques précautions

Les activités de stimulation cognitive (on parle souvent de remédiation cognitive) sont très faciles à mettre en place, elles ne nécessitent que peu de matériel, pas de compétences techniques spécifiques (si ce n'est évidemment d'animation), pas d'espace spécialement aménagé et elles restent en général plutôt ludiques. Il est alors tentant de les proposer, en service d'hospitalisation comme en hôpital de jour ou en CATTP, de manière systématique. Pourtant, comme toute activité thérapeutique, celles-ci doivent nécessairement s'inscrire dans un projet de soins individuel. Ce projet de soin sera élaboré et évalué en réunion clinique afin d'élargir le regard porté sur le patient mais il devra aussi être évalué régulièrement par le ou les soignants référents. Il en est de même pour chaque activité, une évaluation régulière doit venir en mesurer la pertinence.

Dans le cadre spécifique d'activités centrées sur les fonctions cognitives, il est important de prendre le temps de mettre en place cette évaluation avec chaque patient car le travail proposé en groupe cible la stimulation collective alors que chaque participant ne présente pas les mêmes difficultés. Il est donc nécessaire d'évaluer de manière individualisée la participation de chacun afin de ne pas créer de situation d'échec.

Cette évaluation sera de type fonctionnel et mesurera les capacités d'adaptation du sujet à la vie sociale, c'est-à-dire son efficacité à répondre à des stimulations extérieures ainsi qu'à ses besoins. Cette évaluation sera fondée sur l'observation du patient lors des activités mais elle passera aussi par une phase d'exploration fonctionnelle instantanée dans laquelle seront évaluées les possibilités du patient à travers une grille comprenant différents items. Cette grille sera proposée au patient avant sa participation à l'activité puis à espace régulier (3 ou 6 mois). Elle portera sur des situations courantes de l'existence, et sera

4 D.W. Winnicott, *Jeu et réalité*, Gallimard, Paris, 1993.

réalisée conjointement par auto-évaluation du patient et hétéro-évaluation d'un des référents du patient.

Exemple :

Sur une échelle de 1 à 10 quelle valeur donneriez-vous à :

- votre efficacité lorsque vous faites vos courses dans un supermarché ?
- votre capacité à gérer votre temps ?
- votre capacité à gérer votre argent ?
- l'intérêt que vous portez à ce qui se passe autour de vous ?
- vos capacités de mémoire ?
- votre capacité à aller au bout d'une tâche à accomplir ?, etc.

Ou encore :

- qu'est-ce qui préside à vos choix d'achats : l'habitude ou vos besoins ? (curseur vers l'un ou l'autre, en sachant que l'idéal c'est que les achats correspondent au besoin du sujet), etc.

Il peut être intéressant de réaliser cette évaluation à partir du support d'une telle grille avec l'infirmier référent qui accompagne le patient dans son suivi. Cette démarche, qui associe auto- et hétéro-évaluation, permet de discuter autour de chaque item et donc d'amener de l'objectivité et de favoriser l'adhésion du patient à la mise en lumière de ses difficultés.

Exemples d'activités centrées sur le maintien et le développement des capacités cognitives⁵

Dans ce chapitre nous allons développer différents exemples permettant de stimuler l'une ou l'autre des fonctions cognitives du sujet. Ces exemples sont tirés d'expériences professionnelles qui, elles-mêmes, ont été inspirées d'ouvrages spécialisés sur ce thème. Ce ne sont donc que des propositions qui peuvent tout à fait être modifiées ou complétées en fonction des particularités des groupes de patients. Par ailleurs, cette liste n'est en rien exhaustive et, enfin, tous les jeux proposés peuvent être mixés dans une même activité de groupe. L'idéal étant de pouvoir alterner des séquences utilisant des jeux dynamiques et ludiques avec des séquences plus posées et réfléchies. Tous les exemples proposés sont à réaliser en groupe.

Le travail de la mémoire

La mémoire visuelle

Il s'agit de stimuler la pensée en images, c'est-à-dire en représentations. Ces dernières participent du mécanisme de pensée à un niveau infra-verbal.

⁵ Plusieurs des jeux proposés ci-dessous concernant le travail sur la mémoire sont inspirés de : J. de Rotrou, *La mémoire en pleine forme*, Robert Laffont, Paris, 1993 et de E. Dekany, *La santé de votre mémoire*, Dangles, Paris, 2001.

Plusieurs objectifs sont recherchés :

- stimuler la fonction mnésique d'évocation. Les images mentales ont un rôle fonctionnel d'aide à la mémorisation. De nombreux procédés mnémotechniques sont fondés sur l'imagerie mentale, visuelle ou auditive ;
- focaliser l'attention sur une image interne et donc permettre au sujet de prendre le contrôle de ses propres événements mentaux ;
- différencier image mentale (représentation) et réalité ;
- améliorer l'efficacité pragmatique du sujet. Une série d'images mentales représentant une action intériorisée permet la préparation à l'action, l'apprentissage, l'expérimentation ;
- améliorer le raisonnement. L'image mentale permet au sujet, grâce à sa fonction analogique, d'effectuer des calculs, des simulations, des déductions, des comparaisons de manière très économique. Elle est donc un support indispensable à la résolution de problème ;
- stimuler la créativité. Les images mentales, visuelles ou auditives, sont des supports indispensables à la créativité qu'elle soit pragmatique ou artistique.
- permettre une meilleure compréhension du langage. La compréhension d'un texte ou d'un discours passe, en partie, par l'évocation d'images mentales qui participent à la compréhension globale.

Fiche méthode d'une séquence de travail de visualisation

Contexte		
– Groupe ouvert de 3 à 12 participants – Pré-requis : animation seule ou à 2 si participation de patients mal stabilisés	– Salle fermée ou ouverte – Groupe fermé, ouvert ou en accès libre*	– Séances régulières, 1 à 2 par semaine – Séances quotidiennes possibles
Préparation		
Des chaises sont disponibles.	Dans le cadre d'un travail en accès libre, une animation à 2 permet à l'un des professionnels de gérer le groupe.	
Déroulement de la séquence		
<i>Départ de la séquence</i>	– L'ensemble des participants est assis en cercle au sol ou sur des chaises. – L'animateur est assis pour énoncer ses consignes. – S'il y a un coanimateur, celui-ci est dans le groupe, prêt à stimuler la participation, à encourager mais aussi à gérer le groupe si le travail se fait en accès libre.	

Fiche méthode d'une séquence de travail de visualisation (Suite)

<i>L'animateur</i>	<p>– énonce verbalement ses consignes : « chacun d'entre vous, à tour de rôle, va choisir et visualiser mentalement un endroit sans révéler au groupe de quel endroit il s'agit. Il importe de choisir un endroit connu de tous : l'entrée du service, le réfectoire, le bureau du médecin, la salle d'attente, la place principale de la ville, etc. Une fois cet endroit choisi, il n'en change pas, le visualise silencieusement, il le voit intérieurement, pendant quelques secondes. Pour finir il le décrit à voix haute ».</p> <p>« Pendant ce temps, les autres écoutent tout d'abord silencieusement tout en essayant de visualiser ce qui est décrit. »</p> <p>« Le but est de trouver quel est l'endroit qui est décrit. »</p> <p>« Une fois la description terminée chacun pourra poser des questions pour essayer de trouver l'endroit décrit. »</p>
<i>L'animateur</i>	<p>– propose, en le nommant, à un participant de commencer le travail de visualisation et description ;</p> <p>– encourage le travail de description du patient, si besoin par des questions : « l'espace est-il grand ? intérieur ou extérieur ? y a-t-il des objets ou des meubles ? ».</p>
<i>Le patient</i>	<p>choisit un endroit à visualiser et le décrit.</p>
<i>L'animateur</i>	<p>– demande au patient s'il a terminé sa description ;</p> <p>– si c'est le cas, demande aux membres du groupe s'ils ont trouvé l'endroit décrit ;</p> <p>– s'ils n'y parviennent pas, les encourage à poser des questions : « c'est dans le service ? au premier étage ?... ».</p>
<i>Les membres du groupe</i>	<p>– écoutent tout d'abord silencieusement. Puis dans un deuxième temps,</p> <p>– font des propositions ou posent des questions s'ils ne parviennent pas à trouver.</p>
<i>L'animateur</i>	<p>– soutient les échanges entre le groupe et le patient. Une fois l'endroit trouvé :</p> <p>– renforce positivement le patient et le groupe ;</p> <p>– propose à un autre patient, en le nommant, de choisir un endroit et de réaliser le travail de visualisation et de description.</p>
<i>Le coanimateur</i>	<p>peut être le premier à se prêter au travail de visualisation-description et proposer un endroit à décrire.</p>
<i>Progression de la séquence</i>	<p>Chaque patient aura à choisir et à décrire un endroit.</p>

Fiche méthode d'une séquence de travail de visualisation (Suite)

Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> - Dans cette séquence les animateurs doivent se montrer directifs quant à l'organisation du travail afin que le participant qui réalise l'effort de visualisation et de description dispose d'un certain calme lui permettant de se concentrer. - Ils doivent tout autant faire preuve de directivité pour organiser les questions des participants afin que chacun puisse s'exprimer. - Ils feront preuve de renforcement positif dans tous les cas, soit en positivant la réelle précision d'une description, soit, dans le cas contraire, en positivant l'effort réalisé. - En revanche, il est fondamental qu'ils ne se laissent pas prendre au piège de hiérarchiser la qualité des questions posées (c'est une bonne question !).

*Salle en accès libre signifie qu'il est tout à fait possible de réaliser ce type d'activité dans une salle dont l'accès reste libre. Les participants peuvent donc sortir ou entrer en toute liberté. Ce type de fonctionnement relève d'un choix stratégique. En effet, selon les objectifs visés, soit l'activité est à destination d'un même groupe de patients pendant un cycle de séances (groupe fermé), soit son fonctionnement tolère de nouveaux participants à chaque séance mais, une fois le travail commencé, les portes sont fermées et le groupe n'évolue plus (groupe ouvert), soit, enfin, la séance a lieu dans un espace ouvert dans lequel des allers et venues sont possibles (groupe en accès libre). Cette dernière configuration permet de proposer un accès en douceur à certains patients qui pourraient être réticents au travail thérapeutique de groupe. Ils peuvent ainsi être présents sans vraiment participer, pour observer, puis progressivement participer de loin, sortir et revenir quand ils le souhaitent. Ils expérimentent ainsi l'espace et la dynamique du groupe, s'y confrontent progressivement, sans avoir à s'engager réellement. Cette habitude devra avoir pour objectif d'amener le sujet à s'inscrire dans un travail thérapeutique de manière plus engagée, cette fois-ci dans le cadre de groupes ouverts ou fermés

Fiche méthode d'une séquence de travail de la mémoire visuelle

Contexte idem que séquence précédente.	
Préparation	
<ul style="list-style-type: none"> - Les participants sont assis en cercle, incluant animateur et coanimateur. - Une table basse est au centre du cercle. 	
Déroulement de la séquence	
Animateur et coanimateur ont préparé un ensemble de photos de format et de contenu homogènes : photos de paysages, photos d'intérieurs, photos de maisons, etc.	
<i>L'animateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>énonce verbalement ses consignes</i> : « vous allez, à tour de rôle, choisir une photo dans cet ensemble. Vous observerez cette photo attentivement afin de la mémoriser. Pour finir vous décrirez au groupe, sans la montrer, la photo en question » ; - <i>propose, en le nommant, à un participant de commencer le travail de description</i> ; - <i>encourage</i> le travail de description du patient, si besoin par des questions : « De quel type de photo s'agit-il ? (s'il s'agit d'un paysage) est-il plat ou avec du relief ? Voyez-vous de la végétation ?... » ; - <i>replaces la photo</i> dans le paquet de photos initiales, étale les photos sur la table basse et demande au groupe de rechercher la photo décrite.

Fiche méthode d'une séquence de travail de la mémoire visuelle (Suite)

<i>Le patient</i>	<i>fait sa description.</i>
<i>L'animateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> – demande au patient s'il a terminé sa description ; – si c'est le cas, demande aux membres du groupe de rechercher, dans le paquet de photos étalées, celle qui a été décrite ; – s'ils n'y parviennent pas, les encourage à poser des questions.
<i>Progression de la séquence</i>	Idem que dans le travail précédent.

Fiche méthode d'une séquence d'associations d'images

Contexte idem que séquence précédente.	
Préparation	
<ul style="list-style-type: none"> – Les participants sont assis en cercle, incluant animateur et coanimateur. – Une table basse est au centre du cercle. 	
Déroulement de la séquence	
<p>Animateur et coanimateur ont préparé deux paquets de feuilles format A3. (ce format permet d'accrocher les feuilles sur un <i>paper board</i> ou un mur face au groupe et d'être visible). Les premières feuilles comprennent trois (ou plus) couples d'images simples situées côte à côte ; sur les secondes une image de chaque couple a disparu.</p>	
<i>L'animateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> – énonce verbalement ses consignes : « je vais vous montrer une feuille avec trois couples d'images, vous allez l'observer. Je cacherai ensuite cette feuille et je vous en montrerai une autre dans laquelle une des images de chacun des couples de la précédente aura disparu. Je vous demanderai, à tour de rôle de retrouver les images disparues » ; – montre au groupe une feuille avec trois couples d'images ; – demande au groupe d'observer cette première feuille ; – cache cette feuille et en expose une autre sur laquelle une des images de chacun des couples a été supprimée ; – demande à l'un des participants de dire ce que représentaient les images manquantes.
<i>Le patient</i>	<ul style="list-style-type: none"> – propose sa réponse ; – peut demander de l'aide aux autres participants en les nommant.
<i>Les autres participants</i>	<i>n'interviennent que lorsqu'ils sont sollicités.</i>
<i>L'animateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> – change de couples de feuilles ; – propose le travail à un autre participant.
<i>Progression de la séquence</i>	Idem que dans le travail précédent.

Fiche méthode d'une séquence d'associations d'images (Suite)

Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> – Il est intéressant de laisser aux patients la possibilité, si nécessaire, de demander de l'aide à un membre du groupe ; cela permet d'éviter le sentiment d'échec et de stimuler les interactions au sein du groupe. – Progressivement, il est possible d'intégrer des planches avec cinq couples d'images, puis sept, etc. – Il est aussi possible d'amener une progression dans l'effort de mémorisation en réduisant l'évidence du lien entre les images proposées. Retrouver l'image manquante dans une association de trois animaux est plus évident que de la retrouver dans l'association regroupant une étoile, la lune et une personne qui semble absente (dans la lune) ou encore une pierre, un arc, un canon. La difficulté, lorsqu'il n'existe pas de point commun entre deux photos, c'est d'en inventer un qui servira de rappel mnémotechnique. – Enfin l'utilisation de l'informatique permet, grâce à un vidéo projecteur, de faciliter le travail et de stocker un nombre important d'images.

L'imagerie sémantique⁶

Les jeux qui suivent stimulent la mémoire à partir d'indices de moins en moins évocateurs. La mémoire de rappel fonctionne en s'appuyant sur des indices qui peuvent être sonores ou visuels. Dans les listes de mots à retrouver proposés ci-dessous, il s'agit de retrouver des mots à partir de lettres les composant. Le rappel peut s'effectuer, en fonction des individus, à partir de l'image du mot partiellement mémorisée ou à partir de sa sonorité. Il est intéressant de faire prendre conscience à chacun du sens sur lequel il s'appuie pour faire ce travail.

Fiche méthode d'une séquence de travail sur l'organisation verbale

Contexte			
<ul style="list-style-type: none"> – Groupe ouvert de 3 à 12 participants – Pré-requis : animation seul ou à deux si patients mal stabilisés 	<ul style="list-style-type: none"> – Salle fermée ou ouverte – Groupe fermé, ouvert ou en accès libre 	<ul style="list-style-type: none"> – Séances régulières, 1 à 2 par semaine – Séances quotidiennes possibles 	
Préparation			
Préparez sur <i>paper board</i> , transparents ou <i>power-point</i> , des tableaux comprenant des listes de mots et différentes formes d'abréviations, comme ci-dessous :			
CHEMIN.....	CHEM.....	CHE.....	CHM
MYRTILLE.....	MYRT.....	MYR.....	MRT
RAPIDEMENT.....	RAPID.....	RAP.....	RPD
HARASSEMENT.....	HRAS.....	HRS.....	HRSM
CHENAPAN.....	CHEN.....	CHNP.....	CNP

6 J. de Rotrou, *La mémoire en pleine forme*, Robert Laffont, Paris, 1993.

Fiche méthode d'une séquence de travail sur l'organisation verbale (Suite)

Déroulement de la séquence		
<i>Départ de la séquence</i>	<ul style="list-style-type: none"> – L'ensemble des participants est assis en demi-cercle face à un <i>paper board</i> (un tableau, un écran pour rétro ou vidéo-projection). – L'animateur est assis pour énoncer ses consignes. – S'il y a un coanimateur, celui-ci est dans le groupe, prêt à stimuler la participation, à encourager mais aussi à gérer le groupe. 	
<i>L'animateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> – <i>énonce les consignes</i> oralement : « <i>je vais vous présenter une liste de mots. Dans un second temps je cacherai ces mots puis je vous montrerai des formes abrégées de ces mots à partir desquels je vous demanderai de retrouver les mots entiers</i> » ; – <i>montre</i> la première liste de mots ; – <i>laisse plus ou moins une minute</i> au groupe pour mémoriser ces mots ; – <i>cache cette première liste et montre la première liste d'abréviations</i> correspondantes ; – <i>demande à chaque participant</i>, à tour de rôle, de retrouver un mot ; – <i>continue avec la troisième liste</i> de mots abrégés. 	
<i>Les participants</i>	<ul style="list-style-type: none"> – <i>donnent à tour de rôle leur réponse</i> ; – <i>demandent</i>, si besoin, l'aide de l'un des autres participants en le nommant. 	
<i>L'animateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> – <i>s'assure de la participation</i> de chaque participant ; – <i>s'assure que les interventions des autres participants</i> soient subordonnées à une demande d'aide. 	
Progression de la séquence		
Des listes de mots de plus en plus importantes peuvent être utilisées en fonction des possibilités du groupe, jusqu'à un maximum de vingt mots. Par exemple :		
Premier tableau	Deuxième tableau	Troisième tableau

Fiche méthode d'une séquence de travail sur l'organisation verbale (Suite)

CHEMIN	CHEM	CHE
MYRTILLE	MYRT	MYR
RAPIDEMENT	RAPID	RAP
HARASSEMENT	HRAS	HRS
CHENAPAN	CHEN	CNP
BERCEUSE	BERC	BRC
AGRESSIVITE	AGSV	AGV
CERISE	CERS	CER
HANNETON	HNET	HNT
BATIMENT	BTMT	BTM
ASSIMILATION	ASML	ASM
PYRAMIDE	PRMD	PRM
RIBAMBELLE	RBBL	RBL
HERBORISTERIE	HBRT	HBR
ETOURDERIE	ETDR	ETD
TEMPERANCE	TPRC	TPR
MACONNERIE	MCNR	MCN
PANTALON	PANT	PTL
CIRCONCISION	CCCS	CCC
CONGELATEUR	CGLT	CLT
Même déroulement de séquence que précédemment.		
Recommandations		
<ul style="list-style-type: none"> - L'organisation de la participation des patients doit être suffisamment stricte pour permettre à chacun d'être en situation de répondre ou de demander de l'aide. - Les animateurs feront preuve de renforcement positif dans tous les cas, soit pour signifier la qualité d'une réponse, soit pour marquer un effort de participation. - Quelle que soit la longueur de la liste de mots, chaque participant est sollicité pour retrouver un seul mot ; il peut demander de l'aide, puis, une fois le mot retrouvé, un autre participant est sollicité. L'objectif, en termes d'animation, est de permettre qu'une certaine dynamique s'installe. 		

Fiche méthode d'une séquence de travail sur l'association mémoire et créativité¹

Dans ce jeu, en plus de l'effort de remémorisation, un travail de créativité est demandé. Il s'agit, à partir de l'image d'un mot ou de sa sonorité, d'inventer d'autres mots. Cet effort stimule le réservoir sémantique de chacun et donc son pouvoir d'expression.
Contexte idem que séquence précédente.
Préparation
Les mêmes listes de mots que dans le travail précédent sont utilisables.

Fiche méthode d'une séquence de travail sur l'association mémoire et créativité (*Suite*)

Déroulement de la séquence	À partir des listes d'abréviations précédentes, il s'agit de demander aux participants de retrouver les mots initiaux puis de proposer un mot nouveau correspondant à chaque abréviation.
<p><i>Exemples :</i></p> <p>CHEM.....CHEMIN.....CHEMINEE MYRT.....MYRTILLE.....MIRLITON RAPID.....RAPIDEMENT.....RAPIDITE HRAS.....HARASSEMENT.....HARAS ...</p>	
<i>Progression</i>	<i>En fonction de leurs capacités, il est possible de demander aux participants de trouver deux, puis trois, puis quatre mots correspondant aux mêmes abréviations</i>
Recommandations	
<p>Dans ce travail comme dans les suivants, l'animation consiste à donner la parole à chaque participant à tour de rôle afin que tous participent. Celui qui ne trouve pas a toujours la possibilité de solliciter un des membres du groupe qui pourrait avoir la réponse. Cela lui permet de rester actif dans la recherche de la réponse et lui évite d'être dans une position d'échec. Demander de l'aide est une façon pertinente de solutionner un problème qui, de plus, participe d'un geste social.</p>	

¹ J. de Rotrou, *La mémoire en pleine forme*, Robert Laffont, Paris, 1993

Fiche méthode d'une séquence de travail sur les catégories sémantiques¹

Contexte idem que séquence précédente.	
Préparation	
<p>Le travail est le même que dans l'exercice sur l'organisation verbale, mais cette fois-ci, il convient, lors de la préparation des tableaux, de n'utiliser que des mots correspondant à quatre catégories sémantiques différentes (par exemple : habillement, alimentation, sport, musique).</p>	
Déroulement de la séquence	<p>Après avoir réalisé le travail à partir des abréviations, l'animateur demande aux participants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – de retrouver les quatre catégories sémantiques auxquelles appartiennent ces mots.

Fiche méthode d'une séquence de travail sur les catégories sémantiques (*Suite*)

	<p>Pour finir il est très intéressant de proposer aux participants, individuellement ou en petits groupes, de construire eux-mêmes des listes de 20 ou 30 mots appartenant à quatre ou six catégories sémantiques différentes (proposées par l'animateur ou par le groupe). Ces mots sont inscrits en désordre sur des feuilles A4, puis les feuilles sont échangées et chaque participant (ou petits groupes) doit s'atteler à retrouver les catégories sémantiques relatives aux listes de mots proposés par les autres.</p>
--	--

¹ J. de Rotrou, *La mémoire en pleine forme*, Robert Laffont, Paris, 1993

La mémoire auditive

Fiche méthode d'une séquence de travail sur la mémoire auditive¹

Préparation*	
<p>Le travail de préparation consiste à choisir un texte relativement court, entre 10 et 20 lignes, en fonction du groupe. Les textes choisis doivent être, en tout cas dans un premier temps, descriptifs : procédures, notices, dialogues, extraits de texte littéraire, etc. Le but du travail étant de mémoriser des éléments contenus dans le texte, les animateurs devront élaborer des questions relatives à son contenu.</p>	
Déroulement de la séquence	<p>L'animateur demande aux participants d'écouter attentivement le texte choisi qu'il lira ou qu'il proposera à un participant de lire. Il pose ensuite des questions relatives à des informations contenues dans le texte qu'il aura préalablement préparées :</p> <ul style="list-style-type: none"> que raconte le texte ? combien de personnes sont impliquées ? (si c'est pertinent) quels sont leurs noms ? qui sont les personnages principaux ? quels rapports ont-ils entre eux ?, etc.

¹ E. Dekany, *La santé de votre mémoire*, Dangles, (ville ?), 2001

*Toutes les séquences à visée cognitive qui vont suivre seront réalisées dans le cadre du même contexte que la séquence sur l'organisation verbale

Vocabulaire et pensée

Cette fois-ci le travail est centré sur le vocabulaire. Ce dernier est en fait le réservoir permettant à la pensée de se déployer.

Fiche méthode d'une séquence expressions lexicales courantes¹

Déroulement de la séquence	<p>Il s'agit dans ce jeu de demander aux patients de retrouver des proverbes ou des expressions connues à partir d'un seul mot :</p> <p>Exemples :</p> <p>Cœur.....Le cœur perçoit ce que l'œil ne voit pas.</p> <p>Raison.....Le cœur a ses raisons que la raison ne connaît point.</p> <p>Mousse..... Pierre qui roule n'amasse pas mousse.</p> <p>Casse..... Tant va la cruche à l'eau qu'à la fin elle se casse.</p> <p>Argent.....L'argent ne fait pas le bonheur.</p>
Recommandations	<p>Il appartient à l'animateur de rechercher des proverbes afin de varier les plaisirs (http://www.proverbes-citations.com).</p>

¹ Inspiré de : J. de Rotrou, *La mémoire en pleine forme*, Robert Laffont, Paris, 1993

Fiche méthode d'une séquence antonymes et synonymes

Préparation	<ul style="list-style-type: none"> – Préparer des listes de mots sans contenu affectif (chaud, loin, court, etc.) et des listes de mots à contenu affectif (douceur, calme, joie, douleur, etc.). – Prévoir des feuilles blanches et des crayons pour chaque participant.
Déroulement de la séquence	<ul style="list-style-type: none"> – Après avoir rappelé la définition du mot synonyme et distribué feuilles et crayons, l'animateur énonce des mots et demande aux participants, à l'énoncé de chacun des mots, de trouver un ou plusieurs synonymes et de les inscrire sur une feuille. – Idem avec des antonymes et une autre liste de mots. – Après l'énoncé de cinq à huit mots, chaque participant est invité à lire les mots qu'il a proposés.

Fiche méthode d'une séquence antonymes et synonymes (Suite)

Recommandations
<p>– La séquence commence avec un travail sur des mots sans contenu affectif puis, progressivement, il sera possible d'introduire des mots à contenu affectif. Dans ce jeu, l'objectif est centré sur la stimulation de la dimension cognitive de l'individu mais certains mots vont cependant permettre à l'affectif d'émerger. Le but n'étant pas de travailler sur cette dimension, il n'y aura pas de reprise à ce niveau. Il s'agit simplement de permettre aux participants de raisonner à partir du sens d'un mot sans pour autant se laisser entraîner par son pouvoir d'évocation.</p> <p>– Là encore, le participant qui ne trouve pas de synonyme ou d'antonyme peut demander à qui il le souhaite de l'aide (les autres peuvent proposer leur aide en levant la main). Tout ce qui permet d'inscrire ce type de jeu dans une dimension relationnelle est bon à prendre.</p>

Fiche méthode d'une séquence sur la capacité d'inférence¹

Préparation	
<p>– Inscrire sur un <i>paper board</i> une (et même plusieurs) liste(s) de dix expressions.</p> <p>– Inscrire, sur une autre feuille du <i>paper board</i>, ces mêmes expressions mais de manières tronquées.</p> <p>Exemples :</p>	
<p>Manquer d'audace Avoir du sang-froid Être habillé comme l'as de pique Faire preuve d'un courage rare Ne pas s'en laisser compter Faire la sourde oreille Cracher dans la soupe Tomber de sommeil Prendre le taureau par les cornes Perdre la face</p>	<p>..... audacedu.....froidhabillé..... preuve...courage..... ne.....laisser.....oreilledans...soupe..... Tomber.....taureau..... Perdre.....</p>
Déroulement de la séquence	<p>– 1^{er} temps : demander aux participants de lire la liste comprenant les expressions complètes ;</p> <p>– 2^e temps : après avoir caché cette première liste demander aux participants, à tour de rôle, de retrouver les expressions à partir de leur forme incomplète.</p>
	<p>Demander à chaque participant d'élaborer une phrase comportant une de ces expressions.</p>

Fiche méthode d'une séquence sur la capacité d'inférence (*Suite*)

Recommandations

Il est pratique d'utiliser un rétroprojecteur et des transparents plutôt qu'un *paper board* pour réaliser les jeux de ce type. Cet appareil permet de faire apparaître les différents exemples à travailler un par un grâce à l'utilisation d'un cache.

¹ J. de Rotrou, *La mémoire en pleine forme*, Robert Laffont, Paris, 1993

Fiche méthode d'une séquence expressions françaises¹

Consignes

- Trouvez de mémoire dix expressions familières comportant le mot « dent ».
Par exemple : Avoir la dent dure, en dents de scie, avoir une dent contre quelqu'un, se casser les dents, claquer des dents, etc.
- Idem avec corps, porte, main, petit.
- Demander aux participants d'élaborer des phrases avec ces expressions.

¹ J. de Rotrou, *La mémoire en pleine forme*, Robert Laffont, Paris, 1993

Fiche méthode d'une séquence mots composés¹

Consignes

- Après avoir écrit sur un tableau un mot de départ, (porte, sous, etc.), demander aux participants, à tour de rôle ou à la cantonade, de trouver des mots composés.
- Idem avec : garde, sous, contre, avant, demi, etc.

¹ J. de Rotrou, *La mémoire en pleine forme*, Robert Laffont, Paris, 1993

Il s'agit de stimuler les associations de mots et donc, encore une fois, le réservoir lexical de chacun.

Fiche méthode d'une séquence mots en désordre

Préparation	
<p>L'animateur a préparé des mots dont il a inversé les syllabes. Par exemple : méatiquerith = arithmétique ; caderlaes = escalader ; terpisemnel = sempiternel ; mamatiquethé = mathématique ; namentchehar = harnachement ; petianlo = antilope, etc.</p>	
Consignes	<p>Inscrivez les mots l'un après l'autre sur un tableau et demandez au groupe de retrouver le mot inversé. Le groupe peut être divisé en deux équipes afin de lancer une dynamique de compétition.</p>
Recommandations	
<p>Le travail en deux groupes permet, grâce à la dynamique de compétition, de stimuler la participation de chacun et de renforcer l'impression ludique. Il importe cependant de changer régulièrement la constitution des deux groupes, surtout s'ils apparaissent déséquilibrés, afin de ne pas susciter de sentiment d'échec. Les animateurs insisteront sur l'aspect collaboratif au sein d'un même groupe et renforceront positivement, comme toujours, l'effort réalisé plutôt que la qualité des réponses.</p>	

Précisions

Il est important de faire vivre aux patients ce type d'exercice de manière ludique. Il est d'ailleurs préférable de parler de jeux plutôt que d'exercices. Dans tous les cas, l'erreur n'est pas à pointer comme un échec mais plutôt à signifier comme un effort réalisé pour participer et pour progresser.

Bien sûr ce travail d'entraînement des fonctions cognitives ne peut se faire que lorsque la symptomatologie du patient est stabilisée. Un état trop productif ou un comportement trop agressif ou trop expansif ne permet pas un engagement productif dans ce type de travail. En revanche, la facilité d'organisation de ce type de travail et son aspect ludique, conjugués au fait qu'il ne nécessite pas une implication personnelle trop intense, permettent de le réaliser dans le cadre de groupe en accès libre. Cette possibilité permet d'attirer en douceur des patients très inhibés ou insuffisamment stabilisés.

Des programmes existent qui associent remédiation cognitive et entraînement aux compétences sociales. C'est le cas de l'IPT (*Integrated Psychological treatment*) par exemple qui est constitué de 6 modules progressifs :

- différenciation cognitive : il s'agit de classer des cartes portant des indices divers : forme, couleur, nombre, jour de la semaine ;
- perception sociale : décrire et interpréter des photos mettant en scène des situations sociales, relationnelles ;
- communication verbale ;
- compétences sociales ;
- gestion des émotions ;
- résolution de problèmes.

Il existe aussi des programmes de traitement assisté par ordinateur : réha-Com (réhabilitation computerisée) ou RECOS (rémédiation cognitive pour patient présentant une schizophrénie). Individuels, ces programmes permettent de stimuler efficacement l'attention, la mémoire, le raisonnement logique, les capacités de réaction. Ces programmes individuels ont l'inconvénient de priver le patient des interactions avec le groupe et donc d'une mise en œuvre des fonctions cognitives en situation relationnelle, ce qui est plus proche de la réalité.

L'accompagnement individuel intersessions

En parallèle de sa participation à des activités de stimulation cognitive de groupe, un accompagnement individuel peut être proposé au patient afin de l'aider à améliorer sa gestion quotidienne, et en particulier la gestion de son temps ou de son argent. Il s'agit de l'accompagner à transférer en situation réelle les compétences acquises en situation thérapeutique.

Dans cet objectif des outils simples mais concrets peuvent être proposés au patient.

Par exemple : il est très efficace de construire avec lui, à l'aide d'un tableau simple (tableau 6.2), un budget prévisionnel mensuel incluant ses entrées et dépenses mensuelles par catégories, permettant à la fois de visualiser le budget concerné et de suivre son évolution.

Chaque mois le budget à venir est construit et le budget précédent commenté. Les points forts et les points faibles sont analysés. Il est bien sûr nécessaire, en fonction des besoins du patient, de l'accompagner dans l'utilisation de ce type de tableau.

Ce travail est à la fois un accompagnement et un exercice cognitif qui permet de catégoriser, d'anticiper, de maîtriser.

TABLEAU 6.2. Budget provisionnel mensuel

Recettes janvier								Totaux
Salaire, pension ou AAH				Solde du mois précédent	Autres recettes			
Dépenses obligatoires janvier					Dépenses aléatoires janvier			
loyer	alimen- tation	téléphone	transport	charges	provi- sions pour vacances	loisirs	vêtements	

De la même manière, afin d'aider le sujet à mieux gérer son temps, si cela est nécessaire, un agenda peut être acheté qui lui permettra de visualiser les activités à réaliser hebdomadairement. Comme pour le budget, des retours sont réalisés afin de commenter la capacité d'organisation et de gestion du temps du patient.

Les activités à visée sociothérapeutique : synthèse

Le travail intersessions évoqué précédemment signifie que les activités thérapeutiques de groupes sont à considérer comme un temps de la prise en charge qui doit impérativement s'inscrire dans une perspective globale de progression du sujet vers un meilleur fonctionnement et un meilleur mieux-être. Les activités à visée sociothérapeutique ne sont qu'un des éléments d'un projet de soins qui doit proposer au sujet un travail individuel sur ses difficultés soit dans un accompagnement dans la réalité quotidienne de son existence, soit en décalé, dans le cadre d'entretiens en face à face. Les effets produits par le travail en activité doivent être mobilisés dans une mise en tension du sujet à travers l'évocation ou la confrontation aux multiples petits problèmes que l'existence lui impose.

TABLEAU 6.3. Synthèse

Activités	Activités centrées sur le maintien et la reconstruction des compétences sociales	Activités centrées sur le maintien et le développement des capacités cognitives	Activités centrées sur le corps
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> – Améliorer la socialisation – Stimuler la pensée opératoire 	Préserver ou développer les capacités cognitives	Stimuler l'utilisation et la réappropriation du corps comme espace d'expérience et du corps comme outil d'action sur le monde

TABLEAU 6.3. (Suite)

Activités	Activités centrées sur le maintien et la reconstruction des compétences sociales	Activités centrées sur le maintien et le développement des capacités cognitives	Activités centrées sur le corps
Ces activités permettent de lutter contre	La désadaptation sociale : l'apragmatisme, le repli sur soi, l'inhibition, les pertes d'initiative, la crainte de l'autre, l'improductivité relationnelle, etc.	Le déficit ou les troubles cognitifs : trouble du cours de la pensée, aboulie, difficultés de concentration, d'attention, déficit mnésique, illusions ou déformations perceptives, etc.	<ul style="list-style-type: none"> – Le déficit des capacités fonctionnelles du corps : perte de la maîtrise du comportement, impulsivité, inhibitions motrices, apragmatisme, etc. – Les difficultés de relation du sujet à son corps : altération de la conscience du corps, absence d'accès à la détente, au plaisir, péjoration de l'image de soi, etc. – L'altération des capacités expressives du corps : difficultés dans l'utilisation du corps dans la relation, etc.
Les moyens	Création de situations relationnelles concrètes ou ludiques dans lesquelles le patient se met en actes : <ul style="list-style-type: none"> – les activités pragmatiques – les techniques relationnelles 	Utilisation des jeux collectifs simples, existants et éprouvés ou d'exercices spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> – Les thérapies psychosensorielles : relaxation, massage, hydrothérapie, etc. – Les thérapies expressives : mime, jeu dramatique, jeux de rôle, psychodrame, etc. – Les thérapies perceptivo-motrices : pratiques sportives multiples, etc.
La méthode	<ul style="list-style-type: none"> – Construire la relation à l'autre grâce à un support concret dont le résultat visé est d'entraîner chacun dans la participation – Se représenter soi-même et se représenter l'autre dans la dynamique relationnelle 	Rechercher une participation maximum pour une stimulation cognitive la plus grande possible.	<ul style="list-style-type: none"> – Utilisation du jeu (collectif), stimulation de la participation – Stimulation sensorielle – Apprentissage par imitation comportementale – Approche phénoménologique centrée sur le vécu – Maîtrise de la mise en acte

TABLEAU 6.3. (*Suite*)

Activités	Activités centrées sur le maintien et la reconstruction des compétences sociales	Activités centrées sur le maintien et le développement des capacités cognitives	Activités centrées sur le corps
Les mécanismes thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none"> - La coopération dans l'expérience - L'apprentissage décontextualisé <ul style="list-style-type: none"> - Le développement d'une relation positive avec soi-même - La notion de rôle - Le transfert dans le champ social - L'imitation - La gestion des émotions 	<ul style="list-style-type: none"> - La stimulation opératoire - Le jeu 	<ul style="list-style-type: none"> - L'apprentissage par l'expérience - Le renforcement de la confiance en soi - L'accès au plaisir - La transformation progressive et socialisée de l'activité pulsionnelle - Le développement et l'exploitation du champ expérientiel de l'individu - Le <i>holding</i> - Le <i>handling</i>

7

La psychoéducation

Définition

La psychoéducation est une intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face¹. C'est donc plus qu'une simple information puisque son objectif est aussi de modifier le rapport du sujet à sa maladie. Il s'agit pour lui d'apprendre sur sa maladie pour mieux y faire face. La psychoéducation relève donc à la fois du registre de l'information et de celui du soin, plus particulièrement du soin éducatif.

Le postulat de base de la psychoéducation s'appuie sur le constat de l'insuffisance de l'information comme facteur d'influence de la modification des comportements. On le sait, en matière de santé, l'acquisition d'une information ne suffit pas à induire un changement de comportement. Pour que l'individu adopte ou conserve un comportement favorable qui lui permette d'éviter la maladie ou, s'il est malade, de vivre malgré la maladie en évitant les rechutes et pour cela d'aménager son environnement de manière favorable, de se constituer un réseau d'aide, etc., il faut plus que l'informer sur sa maladie : il est indispensable de l'aider à changer ses représentations concernant sa santé et la maladie dont il souffre. L'information est incontournable mais elle est loin de suffire.

Nombre de maladies « de société » sont liées à des comportements morbides : suralimentation, exposition au soleil, consommation de tabac, etc. Ces comportements morbides sont rarement liés à une méconnaissance des risques, mais à des représentations minimisant ces risques : « *la maladie ce n'est pas pour moi* » ; « *le plaisir avant tout* » ; « *je dois faire comme les autres* », « *je pourrais toujours m'arrêter quand il le faudra* », etc. Il en va de même avec les pathologies psychiatriques. Pour qu'un patient améliore sa qualité de vie, il lui faut non seulement connaître, mais accepter au moins

1 J. Favrod, C. Bonsack, *Qu'est-ce que la psychoéducation ?*, in *Revue Santé mentale* n° 126, mars 2008.

partiellement, sa maladie, les limites que cette dernière lui impose et les savoir-faire nécessaires pour réduire ces limites dans sa vie de tous les jours. C'est ce que propose la psychoéducation. Elle place le patient en situation d'apprendre sur sa maladie et d'y répondre en s'appuyant sur ses ressources propres. Il s'agit donc de permettre au patient d'avoir accès aux connaissances mais aussi aux compétences qui lui permettront de collaborer de manière active à ses soins.

La psychoéducation intervient à trois niveaux de la relation du sujet à sa maladie : les connaissances, les représentations et les comportements. À chaque niveau elle propose des stratégies d'intervention qui, pour être efficaces, doivent être complémentaires. Les représentations et les croyances concernant la maladie et les traitements sont des déterminants majeurs de l'évolution du sujet et de sa participation aux soins. Ne travailler que sur les connaissances en ignorant les représentations et les comportements ne permet pas d'obtenir de résultats probants.

Les tableaux 7.1, 7.2 et 7.3 reprennent ces trois niveaux d'intervention. Ils sont séparés pour en améliorer la lisibilité mais correspondent à une même démarche dont le succès dépend de l'intégration de ces trois niveaux.

Il est important de prévoir une structuration des séances. Cela signifie qu'un ou plusieurs thèmes précis doivent être abordés lors d'une séance. Par exemple : signes de la maladie et signe d'alerte d'une rechute, etc. Les séances ne sont donc pas non directives. Bien sûr une fois les thèmes posés (par les soignants), l'expression est libre mais les recentrages sont les bienvenus.

TABLEAU 7.1. Les connaissances sur la maladie et les traitements

Les connaissances sur la maladie et les traitements	Les stratégies d'intervention de la psychoéducation
<p><i>Thèmes abordés</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les signes et symptômes de la maladie - Les facteurs aggravants et les facteurs protecteurs - Les traitements médicamenteux (effets thérapeutiques et secondaires) - Les traitements relationnels - Le cours de la maladie (avec et sans soins) - Les signes d'alerte et de rechute possibles et leur prévention - Les ressources du système de santé et en particulier les possibilités de suivi et de prise en charge du service concerné - La notion de réinsertion 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Informé à partir de données objectives</i> : travailler à l'aide de fiches qui pourront être des repères stables et facilement utilisables. Les informations doivent concerner tous les niveaux de connaissance. Ces fiches pourront être élaborées par le groupe lui-même (complétées par les soignants) - <i>Permettre l'évocation des représentations</i> des participants en favorisant l'échange dans le groupe sur les connaissances et les réactions des participants sur chacun des niveaux de connaissance <p>Le croisement des informations objectives apportées par les professionnels avec le savoir (subjectif) de chacun sur sa maladie permet l'intériorisation des connaissances et prépare la modification des représentations</p>

TABLEAU 7.2. Les représentations sur la maladie

Les représentations négatives sur la maladie, les traitements et leurs conséquences	Les stratégies d'intervention de la psychoéducation
<p><i>Thèmes abordés</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le déni des troubles - L'opposition au système de soins - La révolte contre la maladie - Le découragement - L'influence préjudiciable de l'environnement 	<p>C'est un temps d'échange dans le groupe qui porte sur la description des troubles, leurs conséquences, leur sens pour le sujet. Les objectifs sont de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - favoriser le co-étayage (soutien mutuel) - favoriser la perméabilité des représentations <p>Il est important de permettre les échanges avec l'entourage, voire sa participation : les parents proches, lorsqu'ils jouent un rôle dans l'existence du malade, peuvent participer à certaines sessions afin, eux aussi, d'apprendre sur la maladie de leur proche et sur ses conséquences. Ce savoir leur permet de comprendre certains comportements et d'éviter de les majorer</p>

TABLEAU 7.3. Les comportements et les fonctions à promouvoir

Les comportements et les fonctions à promouvoir	Les stratégies d'intervention de la psychoéducation
<p><i>Thèmes abordés</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La gestion du traitement, ses adaptations possibles - L'identification et la réaction à d'éventuels signes de rechutes ou d'aggravation - La capacité à demander de l'aide - La compréhension et le contrôle des symptômes - La prise en compte de la discrimination sociale - Les compétences relationnelles - L'expression de ses sentiments - La participation sociale - Les fonctions cognitives - L'hygiène de vie : alimentation, mobilisation corporelle 	<p>Là encore l'échange est primordial. Il permet de partager autour de situations vécues par les participants mais aussi le ressenti de leur maladie et sur sa gestion ainsi que celle de son traitement : identifier l'activité délirante, isoler les facteurs qui pourraient ou auraient pu la majorer, évoquer les effets du traitement et les résistances, exposer et exploiter les manières de demander de l'aide, etc.</p> <p>Des moments sont réservés au développement de compétences spécifiques à travers l'utilisation de méthodes pragmatiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entraînement aux habiletés sociales : jeux de rôle, mimes de situations, travail intersessions, accompagnements dans la vie réelle, etc. - utilisation d'outils de stimulation cognitive et encouragement à l'utilisation des fonctions cognitives entre les séances ; - utilisation de la relaxation afin d'en permettre l'utilisation autonome adaptée aux situations stressantes de la vie courante ; - proposition d'ateliers de mobilisation corporelle ou d'ateliers cuisine centrés sur l'équilibre alimentaire ; - encouragement à l'expression des sentiments lorsque cela est possible dans les situations d'échange de groupe

Les premières séances sont centrées sur le partage des connaissances, puis progressivement sur les représentations et, enfin, sur les comportements à promouvoir ; il est utile de prévoir un nombre de séances limité. L'idéal étant une douzaine de séances, ce qui correspond, au rythme d'une par semaine, à trois mois de travail. Chaque séance débute par un retour sur la séance précédente et se poursuit par l'exploitation d'expérimentation hors séance de certains comportements. Les séances doivent bien sûr être le plus interactives possible. Elles se terminent par une synthèse et par la remise d'une feuille de synthèse reprenant les éléments de connaissances abordées ou des conseils de lecture.

La psychoéducation nécessite de prendre en considération quelques points sensibles, parfois générateurs de désaccord dans les équipes : la participation de la famille, l'annonce du diagnostic et la notion de projet structuré.

La place de la famille

Le pronostic social est souvent déterminé par la collaboration des proches aux soins de la personne malade. Les proches, quand ils sont présents dans l'environnement du patient, doivent savoir de quoi souffre ce dernier et connaître l'impact de la maladie sur son fonctionnement social. Concernant une personne schizophrène, par exemple, si elle reste des journées entières dans son lit, il importe que ces proches comprennent qu'elle n'agit (si l'on peut dire) pas ainsi parce qu'elle est réfractaire à l'effort mais parce que sa maladie ou son traitement diminue ses capacités à s'inscrire dans l'existence. Ou encore, si elle sent mauvais, ce n'est pas parce qu'elle est sale ou qu'elle souhaite les provoquer, mais parce que ses vêtements et leur odeur lui procurent un sentiment de sécurité indispensable... De la même manière, l'entourage doit apprendre et accepter que l'incapacité fonctionnelle du sujet malade ne doit pas être compensée totalement mais seulement de façon partielle afin de ne pas diminuer son autonomie. La psychoéducation doit alors (le plus souvent possible) intégrer la famille du patient.

La place du diagnostic

Pour le sujet malade comme pour son environnement il importe d'aborder la question de la connaissance de la maladie comme celle du diagnostic avec prudence afin de ne pas être confronté au déni. L'adoption, par le sujet malade, de comportements favorables tels que l'acceptation du traitement et de l'aide thérapeutique, ou encore l'aménagement de son mode d'existence, etc., passe inévitablement par l'acceptation de la maladie et donc par sa connaissance. Comment peut-on imaginer qu'un malade accepte les contraintes liées à ses soins s'il ne sait pas de quoi il souffre ? Il a tout loisir de se forger une conviction sur ce qu'il est, fondée sur le déni, la persécution, le délire, etc. Une

maladie psychiatrique, souvent chronique et invalidante, implique d'accepter une existence qui tienne compte de ces aspects, et donc de connaître quelle est cette maladie et son mode d'expression sur l'humain. Le fait de travailler en groupe de malades souffrant de la même pathologie permet de dépasser ce déni en modifiant le vécu persécutif et le sentiment d'anormalité qui en découle.

Il est assez paradoxal que, dans une pratique soignante qui s'efforce d'aider le patient à mettre des mots sur ses difficultés nous, soignants, soyons en difficulté pour nommer la maladie de ce même patient.

L'annonce d'un diagnostic de schizophrénie, par exemple, doit évidemment porter sur une évaluation clinique solide et confirmée. Concernant le déni, des études ont montré que celui-ci n'était pas comme on le pensait un mécanisme de défense psychologique mais plutôt un défaut cognitif de perception. Il est donc possible, en travaillant sur l'identification et la perception des troubles, de l'atténuer.

Lorsque le soignant est confronté à l'anosognosie, il est judicieux de ne pas chercher à imposer le diagnostic mais de partir des difficultés rencontrées par le sujet pour lui faire prendre conscience qu'il a un problème.

Un projet structuré²

Le travail de psychoéducation est le plus souvent déployé dans le cadre de groupes de six à huit patients souffrant de la même pathologie. Il s'agit en général de pathologies chroniques mais pas nécessairement psychiatriques. Le diabète en est une autre excellente indication. Mais si elle se déploie dans ce cadre groupal, la psychoéducation repose avant tout sur un projet individuel. Le groupe permet, grâce aux échanges qu'il propose, de modifier les représentations de chacun des participants et de construire un co-étayage. Il permet aussi de rationaliser les coûts puisque la même action sera destinée à plusieurs malades.

L'idéal est de construire un projet individualisé en quatre étapes, chacune des quatre étapes recommandées s'inscrivant dans la continuité de la précédente.

La première étape est le temps de l'évaluation : évaluation du savoir du patient sur sa maladie et de l'impact de celle-ci sur son existence aux niveaux relationnels, cognitif et social. Ce travail d'évaluation doit intégrer des données recueillies lors d'un entretien avec le patient mais aussi lors d'échanges avec les autres professionnels qui peuvent être en contact régulier avec lui. C'est donc un travail collectif qui permet de construire un *diagnostic éducatif*.

« En pratique, le diagnostic éducatif permet d'appréhender les différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, d'évaluer ses potentialités, de prendre en compte ses demandes et son projet. Il identifie les situations de vulnérabilité psychologique et sociale. Il appréhende également la manière de

2 HAS – INPES, *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques*, juin 2007.

réagir du patient à sa situation, et ses ressources personnelles et sociales. Il identifie la réceptivité du patient et de ses proches à la proposition³. »

D'un point de vue pragmatique, le diagnostic éducatif permet tout d'abord d'accéder aux représentations du patient concernant sa maladie, sa façon de la gérer et de faire face aux symptômes. Il permet ensuite d'identifier ses savoir-faire, son niveau d'inscription sociale, ses vulnérabilités, mais aussi ses ressources, sa capacité à se contrôler, son efficacité ressentie. Il participe à isoler les facteurs défavorables ou déclenchants, anxiété, image de soi dévalorisée, croyances, peurs, ainsi que les facteurs facilitant la gestion de sa maladie et son adaptation sociale. C'est aussi un outil permettant d'appréhender les déficits cognitifs, sensoriels, affectifs.

La seconde étape du projet consiste à isoler et à formuler avec le patient les compétences à acquérir ou à maintenir en regard de l'évaluation antérieure. Ces objectifs sont bien sûr à négocier sur la base de ses demandes et de son projet, car plus le patient s'appropriera le programme d'éducation, plus son efficacité sera garantie.

Cette étape de construction d'objectifs passe par la hiérarchisation de priorités d'apprentissage qui doivent être négociées. Il est indispensable de ne pas imposer au patient des objectifs qui pourraient lui paraître secondaires. Cette négociation passe par un échange ouvert et confiant. Les objectifs choisis par le patient, même s'ils paraissent secondaires au soignant, sont à comprendre comme des modes d'entrée dans le travail psycho-éducatif. Les progrès réalisés dans ces domaines serviront de base pour négocier d'autres objectifs, peut-être plus fondamentaux.

Exemple : il peut sembler au soignant que le premier objectif, pour un patient précis, serait la compliance au traitement alors que pour le patient lui-même, la capacité à entrer en relation avec l'autre paraît fondamentale. Il importe dans ce cas de suivre son choix. C'est parce que le patient aura travaillé avec succès sa relation à l'autre, et qu'il se sentira mieux dans l'échange, qu'il acceptera de participer à un atelier « médicaments » et qu'il aura accès à des informations objectives ainsi qu'à des avis d'autres patients sur l'importance de l'effet thérapeutique du traitement malgré les effets secondaires.

La troisième étape consiste à sélectionner les contenus à proposer lors des séances : c'est la construction du programme des séances.

La quatrième étape est celle de l'évaluation des compétences acquises par le patient (acquisition de connaissances, de compétences, adaptation, changements mis en œuvre dans la vie quotidienne). C'est aussi l'évaluation du déroulement et de la pertinence du programme. Cette évaluation doit déboucher sur une évolution du programme ou sur sa poursuite.

3 HAS – INPES, *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques*, juin 2007.

PARTIE III

Les activités à visée psychothérapique

(utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique : alinéa 42 de l'article 7, relatif au rôle sur prescription du décret de compétences du 29 juillet 2004)

8

Aspects théoriques

Aspects théoriques

Dans le cadre de ces activités de groupe, l'intention soignante n'est plus sociothérapeutique mais psychothérapeutique. Elle ne consiste donc pas à aider le patient à mieux vivre dans l'espace social malgré sa maladie mais à modifier quelque chose de son fonctionnement psychique. L'intention psychothérapeutique implique toujours un travail favorisant l'expression mais pas seulement dans une visée de soulagement. Cette expression est en fait un processus permettant au sujet de rendre possible la mise à l'extérieur d'éléments internes : affects, pulsions, pensées, préoccupations, désirs. Elle est donc suivie, dans un deuxième temps, d'un travail d'exploitation de ce qui aura été exprimé.

Les activités de médiation proposées dans ce champ thérapeutique relèvent toutes du domaine de l'art. Peinture, photo, musique, sculpture, théâtre sont des objets artistiques dont la valeur première n'est pas esthétique mais expressive. L'art est en effet avant tout un moyen d'expression, un langage, mais c'est un langage sensoriel et, de ce fait, informel, archaïque, plus proche de la vie affective que le langage des mots, d'ailleurs souvent en prise directe avec elle. C'est donc un langage bien moins codifié que le langage de la parole puisque chaque unité de sens y est polysémique alors que ce n'est pas le cas (ou bien moins) avec le langage parlé. C'est par ailleurs cette pluralité de sens, inhérente à l'expression artistique, qui en fait un ferment pour l'imaginaire et qui stimule la créativité. L'art est donc utilisé parce qu'il fait lien entre le sensoriel, l'imaginaire et l'affectif.

Mais l'accès à ce langage premier n'est que l'objectif intermédiaire de ces activités. La finalité est l'accès aux mots. Le langage des mots est celui qui permet de faire coïncider l'exprimable et l'exprimé. Il lie émotions et significations grâce à l'activité psychique et plus précisément à l'activité préconsciente.

C'est en effet le préconscient, en tant qu'espace psychique, qui réalise ce travail de lien et de traduction entre affect et parole, et qui permet de donner sens aux événements vécus. Il permet aux affects de se situer dans un registre partagé et de leur éviter de trouver une issue dans le passage à l'acte ou la production non partagée (déliante). L'activité préconsciente est donc l'activité de pensée qui permet de donner du sens au vécu. Mais pour bien comprendre ce que sont le préconscient et l'activité préconsciente, il nous faut, avant tout, considérer leur genèse dans l'histoire de l'individu à travers la compréhension de la construction de l'appareil à penser et, au-delà, de la naissance du psychisme.

La naissance du psychisme

L'état initial : fusion et dépendance

À la naissance, l'enfant est dans un état d'indifférenciation, ce qui signifie qu'il ne différencie pas le moi du non-moi. Son psychisme et sa base organique, le cortex, ne sont pas assez élaborés pour faire la part des choses. Si le bébé dispose à la naissance de tout son stock de neurones, ces derniers n'ont pas développé tout leur potentiel d'interconnexions. Ce potentiel va se déployer à une vitesse fulgurante pendant les premiers mois de vie au rythme des interactions vécues par le nourrisson. Le processus de développement va continuer ensuite mais à un rythme de moins en moins élevé. Cet état inélabore du psychisme à la naissance ne permet pas à l'enfant de faire la part des choses entre ce qui provient de lui : sensations, ressenti, et ce qui provient du monde extérieur : bruits, odeurs, etc. Le nourrisson est donc un être de perception, de sensation et d'émotion, mais qui se situe dans l'illusion que dedans et dehors ne font qu'un, et que tout ce qu'il vit et perçoit est créé par lui. Cette illusion n'est pas de l'ordre de la conscience mais de l'expérience.

On dit du bébé, à cette étape de sa vie, qu'il n'a pas accès à la relation objective du fait de cette indifférenciation entre lui-même, sujet, et le monde extérieur, objet. La différenciation va s'opérer graduellement grâce aux possibilités offertes par le développement cortical et à l'adaptation de la mère (ou de son environnement de manière plus générale) aux besoins de son enfant. D'un point de vue fonctionnel, le bébé est dans l'incapacité neuro-motrice d'agir et donc totalement dépendant de sa mère. Heureusement celle-ci répond à ses besoins de manière immédiate, voire anticipée. À peine l'enfant, ressent-il une tension liée à la faim, au froid, au bruit, qu'il se sent nourrit, réchauffé, rassuré. Il lie alors tension et apaisement, la quasi-absence de délai entre les deux phénomènes lui donnant l'impression qu'ils s'originent en lui. Il vit dans l'illusion de répondre à ses tensions lui-même créant le sein et la douceur dont il a besoin.

L'altérité

Cette dépendance totale du nourrisson à l'égard de sa mère dans les premiers temps de sa vie va progressivement diminuer. La mère ne peut pas rester

indéfiniment dans la disponibilité totale qu'implique cette dépendance car elle doit répondre à d'autres obligations. Elle tarde à répondre aux appels de son enfant. Ce délai, corrélé au développement de ses capacités neurologiques, permet à l'enfant d'accéder à l'évidence que ce n'est pas lui qui crée ce dont il a besoin. Grâce à l'expérience du manque, l'enfant perçoit que la tension naît en lui-même alors que la satisfaction arrive du dehors. La multiplication de ces expériences va lui permettre d'intégrer les notions de dedans et de dehors et d'accéder à leur distinction. Cette distinction opère tout d'abord dans le domaine de l'expérience, puis avec la maturation biologique, dans le cadre des affects et de la pensée.

C'est donc la mère, ou celle qui joue le rôle maternel qui, par l'alternance de ses absences-présences permet à l'enfant d'expérimenter puis d'intégrer la notion d'altérité. C'est cette absence-présence de l'autre qui rend le bébé peu à peu sensible à son incomplétude originelle, au fait qu'il ne forme pas un tout autosuffisant.

Cette mise en perspective du dedans et du dehors est confortée par la qualité des soins apportés à l'enfant par sa mère. Winnicott parle de *holding* et de *handling*, concepts que nous avons déjà abordés dans le cadre de l'enveloppement humide. Le *holding* est la façon dont l'enfant est porté, maintenu, protégé des dangers physiques, mais aussi rassuré et réconforté. Il lui assure un contact répétitif et adapté avec la réalité extérieure et lui permet d'acquérir des repères stables nécessaires à une bonne intégration dans le temps et l'espace. Le *handling* correspond à la manipulation du bébé et va permettre à l'enfant de se sentir vivre à l'intérieur de son corps, établissant ainsi une réalité psychique interne et personnelle avec un intérieur et un extérieur dont la peau est la délimitation.

C'est grâce à la qualité, la rythmicité et la permanence des interactions avec l'adulte que le nourrisson se construit le sentiment d'une continuité d'existence.

La construction de l'appareil à penser

Wilfred R. Bion¹ postule qu'à la naissance le bébé dispose d'une pensée mais pas d'appareil à penser. Les éléments de pensée qu'il génère ne sont en fait que des impressions sensorielles, des émotions, des hallucinations qui ont une origine somatique et qui prennent place dans son psychisme en l'envahissant. Ces impressions, liées pour partie à ses besoins biologiques (faim, soif, douleur, fatigue, etc.), sont d'une grande force car le bébé ne peut pas les maîtriser par la pensée, elles envahissent alors tout son champ sensoriel, que ce soit sur un mode douloureux ou sur un mode extatique, lorsque ses besoins sont satisfaits.

Bion appelle ces impressions somato-psychiques des éléments primaires. Ils ne prennent pas de signification pour l'enfant et ne sont liés à aucune représentation. Ils envahissent le bébé comme des vécus étranges. Pour lutter contre ces éléments « incompréhensibles » et envahissants, le nourrisson ne peut que s'en débarrasser ; il les expulse alors par ses pleurs, ses cris, ses gesticulations qui sont de véritables passages à l'acte. C'est la mère, ou plus exactement le psychisme de la mère, qui est destinatrice de ces éléments expulsés.

1 W.R. Bion, *Aux sources de l'expérience*, PUF, Paris, 1965.

La mère, pour aider l'enfant à se constituer un espace psychique fiable, doit alors disposer à la fois de la capacité à s'identifier aux vécus de l'enfant pour les comprendre (empathie), d'un appareil psychique élaboré, capable de recevoir ces vécus et de les penser, et de suffisamment de disponibilité pour offrir une réponse apaisée à son enfant.

Prenons un exemple très simple. La mère prend un bain avec son bébé. L'enfant passe d'un coup du milieu aérien au milieu liquide. Il est surpris et a peur, il s'agite, plisse le front, crie, etc. La mère lui dit, tout en le maintenant contre elle : « *ne t'inquiète pas mon petit, tu es dans l'eau et maman est avec toi* ».

En ayant cette attitude, la mère donne les premiers constituants de l'appareil psychique à son bébé (tableau 8.1). Que se passe-t-il ?

TABLEAU 8.1. La construction de l'appareil psychique

Vécu du bébé	Vécu maternel
Exemple de situation : une mère prend un bain avec son enfant. Elle entre dans la baignoire avec lui, s'immerge partiellement et fait entrer son enfant dans l'eau.	
Le contact avec l'eau constitue un changement radical de sensation corporelle pour l'enfant. Il se sent en danger.	
↓	
Ce vécu est expulsé, projeté vers la mère grâce à l'activité motrice du bébé (cris, gesticulations...) avec pour effet de réduire partiellement la tension.	⇒ Sa capacité d'empathie lui permet de se laisser impacter par le vécu de son enfant. Elle ressent en partie son inquiétude.
	↓
	Recueillant ce vécu, elle lui donne une forme et un sens : « mon enfant a peur du contact avec l'eau ».
	↓
Le comportement de sa mère lui apparaît comme une réponse à son inquiétude. Il ne comprend pas les mots mais il ressent le calme, la sérénité, le caractère rassuré de ce comportement (éléments secondaires).	Elle adapte son comportement à la peur de son enfant : elle le serre contre elle, approche son visage du sien et lui parle doucement ». Elle associe à sa parole, la douceur rassurante de ses gestes et la fermeté de son maintien.
↓	←
Apaisement. Il peut progressivement se laisser porter par l'eau et apprécier son contact.	
L'enfant a bénéficié des capacités psychiques de sa mère pour faire ce qu'il ne peut pas encore faire : mettre un affect en pensée. La répétition de ce type d'expériences va permettre progressivement à l'enfant d'intérioriser la capacité de sa mère à maîtriser ses tensions (ce phénomène est corrélé à la maturation biologique du cerveau).	

Bion dit que la mère a transformé des éléments primaires (sensoriels et affectifs) en éléments secondaires, c'est-à-dire en vécus délimités par une représentation, une signification.

L'enfant, au fil des interactions, va se sentir sécurisé face à ses propres vécus corporels et émotionnels grâce à l'attitude de sa mère. Par la suite, l'image, mais aussi l'odeur, la douceur du contact, la caresse de la voix de cette mère rassurante vont constituer un premier souvenir sensoriel chez lui, établissant ainsi une protopensée. Cette première pensée aura un effet aussi apaisant, bien que temporaire, que la présence de la mère. Mais progressivement, sur la base de cette première représentation, et à force d'en faire l'expérience de manière répétée et dans une rythmicité prévisible, l'enfant va intérioriser le mécanisme qui consiste à contenir les impressions émotionnelles excessives grâce à la pensée. Ce mécanisme d'intériorisation est fondamental dans la dynamique de construction identitaire : C'est en introjectant les qualités des objets² de son environnement que le sujet construit son identité. Mais cette introjection n'est possible que si la répétition des expériences a lieu dans une régularité adaptée à la maturité neurologique du cerveau du bébé. Les réponses de la mère doivent alors progressivement laisser la place au psychisme de son enfant pour qu'il se déploie et que sa propre activité de penser vienne graduellement remplacer celle de sa mère. Pour cela elle doit différer progressivement ses réponses, afin que le souvenir de son image, première représentation, suffise à rassurer son enfant. C'est sur cette représentation de sa mère, corrélée à la certitude que ses peurs seront apaisées, que le psychisme de l'enfant va se développer. Il trouvera ainsi en lui graduellement l'apaisement lui permettant d'attendre la satisfaction lorsque celle-ci n'est pas immédiate. Il deviendra en capacité de prendre appui sur un objet interne pour supporter et sentir ses expériences internes. Ce mécanisme est appelé secondarisation, mentalisation ou symbolisation. Lorsque l'enfant aura accès au langage, il accompagnera ses images internes (intériorisées) par des représentations de mots ; il s'agit là de la capacité à penser.

Ainsi, le bébé s'appuie sur l'appareil à penser de sa mère pour supporter et élaborer ses propres productions psychiques (ses pensées) et, si cette fonction étayante de la mère est bien menée, corrélée à la maturation neurologique du cerveau, elle va permettre progressivement à l'enfant de développer sa propre capacité d'élaborer ses productions psychiques (pensées).

Cette capacité à penser les affects est réalisée, du point de vue de l'architecture psychique, par le préconscient. « *Le préconscient... d'un point de vue topique... a un versant proche de l'inconscient s'exprimant dans des figurabilités proches du processus primaire, c'est la pensée en image, et un versant proche de la conscience, qui s'exprime selon les modalités du processus secondaire*³ ».

2 Pour le point de vue psychanalytique l'objet est ce qui n'est pas sujet, on parle d'ailleurs de relation d'objet pour considérer la relation à l'autre. Les autres sont donc objets pour moi.

3 C. Vacheret et coll., *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques*, Dunod, Paris, 2002.

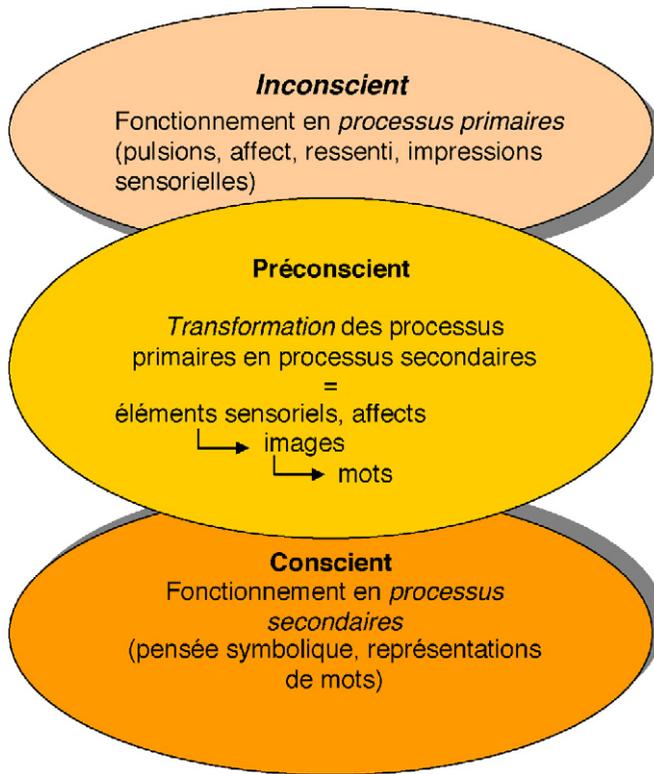


FIGURE 8.1. Appareil psychique : inconscient, préconscient et conscient

Ce processus de construction de l'activité préconsciente peut être observé sous un autre angle, plus biologique cette fois-ci. Nous avons dit que la fonction étayante de la mère, pour être bien menée, devait être corrélée à la maturation neurologique du cerveau du bébé. L'expression « corrélée à la maturation biologique du cerveau » signifie que ce processus d'intériorisation progressive de la capacité à penser de la mère (on parle aussi d'intériorisation d'un objet contenant optimum) n'est pas qu'un phénomène virtuel, idéique, mais que c'est aussi un processus biologique. Dans les premières années de vie d'un enfant ses neurones, rappelons qu'ils sont au nombre de 10 milliards, se connectent entre eux au rythme de 200 000 connexions par heure⁴. Ce circuitage est le résultat de la création de contacts dendritiques entre les neurones et signe une réponse du système nerveux qui s'adapte aux stimulations du milieu. Chaque expérience vécue se répercute ainsi au niveau neuronal par la création de circuits qui deviennent des voies facilitées du passage de l'information

4 B. Cyrulnik, *De chaire et d'âme*, Odile Jacob, Paris, 2006.

électrochimique dans le cerveau. Cela signifie que lorsque la mère apaise son enfant par sa présence et son comportement, les connexions neuronales dans le cerveau du petit gardent la trace de cette association : mère-apaisement. L'information « image de la mère », d'abord réelle puis représentée, générera systématiquement l'affect « apaisement ». L'image représentée de la mère, qui est en fait une première pensée, viendra se compléter, progressivement, dans le psychisme et le cerveau de l'enfant, du souvenir de sa prosodie (vocale), du timbre de sa voix, de son découpage verbale, etc. La pensée va ensuite se diversifier et se complexifier, pour, progressivement, intégrer les représentants de mots et devenir verbale. L'évocation de ces traces mnésiques est possible parce qu'elles sont inscrites dans la matière cérébrale. Le « frayage » neuronal a construit des chemins qui, parce que l'excitation d'un neurone à un autre, véhiculant l'information, doit vaincre une certaine résistance, constituent des voies d'accès privilégiées. Les premières expériences construisent ainsi le chemin des suivantes, psychiquement et cérébralement (tableau 8.2, voir page suivante).

Le fraying des neurones est un processus permanent pendant les premières années de vie de l'enfant, le poids du cerveau est multiplié par quatre en un an. C'est l'environnement qui pétrit la masse cérébrale et donne forme à ce qui, sans lui, ne serait qu'un amas informe, non circuité⁵. Les interactions précoces ont donc une importance fondamentale car elles permettent au cerveau, et donc au sujet, d'acquiescer une manière d'être sensible au monde et d'y réagir.

Le processus de mentalisation des affects grâce au préconscient peut parfois se trouver compromis parce que les relations précoces à l'environnement de l'enfant ne lui ont pas permis d'introjecter la capacité à penser de sa mère (ou de son substitut). C'est certainement le cas des patients psychotiques ou états limites. Leurs expériences relationnelles précoces n'ont pas été suffisamment bonnes, c'est-à-dire pas suffisamment régulières et prévisibles, pas suffisamment rythmées sur leurs besoins. Le circuitage neuronal n'a pu se faire ou il a eu lieu de manière anarchique, les interactions restant imprévisibles, à chaque fois différentes. La capacité du sujet à gérer ses affects grâce à l'activité de pensée n'est alors pas inscrite de manière opérante dans la structure de son cortex. Les affects ressentis par le sujet, une fois adulte, seront difficilement contenus, mal gérables, et peu partageables. Il sera souvent dans l'incapacité de donner du sens à ce qu'il ressent, dans l'incapacité de lier, par la pensée, les éléments sensoriels perçus ou éprouvés et les représentants de mots (signifiants) signant la capacité à nommer son ressenti. Il sera alors dans la nécessité, pour éviter d'être envahi par ces vécus hors du sens, de les extrajeter dans le passage à l'acte, de ne pas les vivre dans l'utilisation massive de certains mécanismes de défense massifs, déni ou clivage, ou, enfin, de leur donner un sens non partagé dans le délire.

5 Idem.

TABLEAU 8.2. Cheminement des expériences aux niveaux psychique et cérébral

Événement de vie		
<i>Processus psychique de la mère et du bébé</i>	<i>Processus comportemental et interactionnel</i>	<i>Processus neuronal chez le bébé</i>
	Perception d'un stimulus interne ou externe	
Pensée primaire du bébé (Sensations, émotions, hallucinations)		Activation du module neuronal concerné par la perception (vue, ouïe, faim, froid)
Expulsion de ces éléments afin de soulager la tension (projection)	Réaction comportementale réflexe de l'enfant à cet événement : cris, pleurs, gesticulations, etc.	
Acceptation (identification) et transformation de ces éléments par le psychisme de la mère grâce à sa capacité d'empathie	Réaction de l'environnement	
Attitude de réponse (projection) adaptée de la mère qui donne du sens par ses mots et son comportement aux impressions de son bébé		
Réintrojection (par identification) des éléments transformés par le bébé. Ces éléments sont rendus moins toxiques par l'attitude rassurante de la mère et par le fait qu'ils sont nommés	Apaisement du bébé	Création de connexions synaptiques
Introjection durable de la capacité d'apaisement de sa mère (son souvenir apaisant est intériorisé)	Développement du bébé	Frayage d'un chemin synaptique
Répétition de l'expérience et développement de la capacité de penser	Développement du bébé	Renforcement du chemin synaptique
<i>Développement de la capacité à penser : l'enfant peut utiliser la capacité d'apaisement de sa mère qu'il a intériorisée, même en l'absence de celle-ci</i>		

Le travail thérapeutique consistera donc à donner au patient la possibilité de nommer ses affects, c'est-à-dire de les mentaliser, de les symboliser, c'est ce que proposent les activités fondées sur les médiations artistiques.

Le but poursuivi est de stimuler l'imaginaire du patient en travaillant à produire une œuvre ou en utilisant une œuvre existante afin de susciter des mouvements affectifs, puis de traduire ces affects en mots pour les travailler et se les réapproprier, chargés de sens.

Il s'agit donc d'autoriser, de favoriser un travail de symbolisation, qui consiste à donner du sens à des affects en les liant à des représentations et à les exprimer dans le champ de la parole.

Dans le cadre de ce travail thérapeutique, il nous faut diviser ces activités en deux catégories distinctes en fonction de l'utilisation qui est faite de la médiation artistique. Soit il s'agit *d'utiliser des œuvres* déjà existantes qui seront écoutées (musique), lues (contes) ou regardées (photos). Soit il s'agit de *créer des œuvres*, c'est-à-dire de jouer de la musique, de peindre, de sculpter, de modeler, de photographier, etc.

Le cheminement sera le même dans les deux types de situation :

Voir ou créer → imaginer → ressentir → penser → exprimer

Le public ciblé sera en revanche différent. En effet, entrer dans un processus créatif, musical ou pictural par exemple, favorise beaucoup plus l'imaginaire et sollicite plus fortement l'affectif que le simple fait d'apprécier une œuvre. La création est un véritable travail qui possède en lui-même une force d'entraînement sur l'imaginaire. C'est un fait constitutif du fonctionnement humain qui lie l'activité de création à l'imagination. Les activités fondées sur la création seront donc destinées à des patients souffrants, outre d'une carence de l'activité préconsciente, d'une agénésie de l'imaginaire (psychotiques ou états limites, névroses graves et chroniques), et qui nécessitent d'être fortement stimulés à ce niveau.

Les activités utilisant des œuvres existantes seront destinées, quant à elles, à des patients offrant spontanément une plus grande activité fantasmatique, prête à être mobilisée. Dans tous les cas, le passage par la médiation viendra compenser une difficulté à nommer un ressenti, à sentir des affects, nous avons parlé d'une carence de l'activité préconsciente. Précisions que si un patient parvient sans difficulté à mettre en mots ce qu'il ressent, il n'a pas besoin de médiation car il a accès à la situation psychothérapique classique, que ce soit en face à face ou avec l'aide d'un groupe. Nous sommes dans un autre domaine puisqu'il ne s'agit plus, dans ce cas, d'activité à médiation.

9

Les activités centrées sur le développement des possibilités d'élaboration utilisant le processus créatif

(peinture, dessin, modelage, écriture, musicothérapie active, théâtre, photo-langage, sculpture, etc.)

Conceptualisation

Les objectifs

Le travail de mise en sens proposé par les activités thérapeutiques relevant d'une visée psychothérapeutique relève de deux niveaux d'intention différents. Un premier niveau, synchronique, répond *stricto sensu* à une *visée* psychothérapeutique et cherche à stimuler l'activité préconsciente du sujet. La médiation artistique stimule l'imaginaire du patient, imaginaire qui, lui-même, entraîne des émergences affectives. Ces émergences sont alors parlées par le patient, aidé en cela par le groupe et par la situation sécurisante de l'activité. Vivre, ressentir, nommer, partager. Il s'agit là de rendre possible l'activité de mentalisation. La répétition de l'expérience pourra peut-être permettre au patient d'intérioriser progressivement la capacité de mentaliser. L'objectif est donc d'améliorer son fonctionnement psychique et en particulier sa capacité de symbolisation.

Le second niveau de travail, diachronique, est quant à lui franchement psychothérapeutique puisqu'il s'appuie sur le même processus mais travaille, de surcroît, à inscrire les affects ressentis et nommés dans l'histoire de l'individu. Il ne s'agit plus seulement de faire accéder le sujet au travail de la pensée, de lui fournir la capacité à sentir ses affects ; il s'agit, en plus, de lui permettre d'inscrire ce travail de pensée dans son histoire pour lui donner sens dans cette même histoire. Ce n'est pas seulement l'accès à une capacité (à penser ses affects) qui est visée mais tout autant l'exploitation de ce que cette capacité peut produire. Le travail créatif est alors vu, dans ce cadre, comme une révélation d'une partie de la vie affective de l'individu, petit bout de compréhension donné à ce qui se passe dans l'inconnu de la psyché. La production apparaît comme la traduction du travail psychique à un moment donné de l'individu, de ses préoccupations, de ses tensions. Mais cette production est aussi colorée des projections du sujet qui relèvent de sa manière de vivre le monde et de se vivre lui-même, c'est-à-dire de sa structure psychique.

Seul le premier niveau d'intention, synchronique, relève de la compétence de l'infirmier dans le cadre de son rôle sur prescription. Il s'appuie sur la notion (nulle part définie officiellement par ailleurs) de visée psychothérapeutique introduite par le décret des compétences infirmières. Le second niveau d'intention relève de la psychothérapie proprement dite et ne constitue pas une compétence infirmière, en tout cas pas encore. L'infirmier peut cependant y participer en collaboration avec un psychothérapeute.

La méthode

Il s'agit de permettre au patient d'accéder à un processus créatif et de le mener à terme. Deux éléments sont alors à prendre en compte : tout d'abord le *processus*, ensuite le résultat du processus, c'est-à-dire la production, on peut parler aussi d'*œuvre* (picturale, sculpturale, musicale, etc.).

L'œuvre créée est à considérer comme la traduction matérielle d'une élaboration de l'artiste¹, une forme d'expression structurée par la personnalité intime de son créateur. Elle rend non seulement compte d'un possible mais aussi d'un être.

Le processus créatif, quant à lui, rend compte du chemin parcouru ; il révèle les difficultés, les contradictions, les inhibitions, mais tout autant la spontanéité, la richesse expressive, le désir. D'un point de vue technique, la méthode consiste alors à rendre possible l'aboutissement du processus créatif, c'est-à-dire la production d'une œuvre. Quel que soit le support choisi, le soignant s'engage à supporter, à encourager la production individuelle ou collective, jusqu'au résultat final. Il doit aider le patient à lâcher prise sur l'objet médiateur afin qu'il

1 J.C. Haute, Art et soin, *Soins psychiatrie* n° 238, mai-juin 2005.

y éprouve des émotions. Mais ce n'est pas tout, il lui reste ensuite à aider le patient à parler sa production, à l'accompagner vers la parole².

D'un point de vue méthodologique, il peut être utile de commencer les séances par un travail de stimulation de l'imaginaire. Un moment de relaxation ou tout simplement de détente silencieuse peut être proposé permettant à chacun de se plonger à l'intérieur de lui-même et de ses sensations corporelles. L'animateur peut aussi proposer au groupe de cheminer intérieurement en l'orientant dans un voyage imaginaire : promenade dans un endroit connu, visite d'un paysage imaginaire, souvenir d'enfance, objet personnel, etc. Il peut aussi proposer une stimulation sensorielle : écoute musicale, odeur particulière, toucher de matières (cuir, bois, tissus, etc.). Enfin il peut proposer une photo ou une série de photos d'actualité. Ce travail permet aux participants de plonger dans leur imaginaire et de se laisser impacter et mobiliser par ce dernier.

Lorsque le travail de créativité aura commencé le rôle du soignant sera d'accompagner chacun dans le processus. Il ne disposera pour cela que de la possibilité de moduler la distance de sa relation à l'autre. Il jouera sur la proximité pour soutenir et encourager, et sur l'éloignement pour laisser émerger la créativité sans la modifier. Il utilisera aussi sa propre capacité à créer et à y prendre du plaisir dans le but d'ouvrir la voie et de permettre aux participants d'oser.

Les mécanismes thérapeutiques

La mobilisation de l'imaginaire

Les médiations utilisées dans ce type d'activités stimulent la production fantasmatique. Le dessin, la peinture, la sculpture, la photo constituent des espaces de projection prêts à accueillir ce qui est expulsé de l'imaginaire du patient. Celui-ci se laisse guider par cet imaginaire, ferment de sa créativité. Il en est de même lors des séances de musicothérapie active pendant lesquelles la musique jouée est colorée d'images, de souvenirs. C'est une étape majeure du travail thérapeutique lié au processus créatif que de solliciter l'imaginaire, le fantasmé, l'intime.

La mobilisation des affects

L'imaginaire ainsi suscité ne reste pas neutre. Il se gorge d'éprouvé, de vécu, de ressenti, d'intentions passées et présentes, colorant affectivement les représentations mobilisées. Après avoir imaginé, le patient ressent.

La mise en sens

Produire un dessin, une sculpture, des sons n'est pas thérapeutique en soi. Les éprouvés, les morceaux de vie imaginaire, les affects accrochés à la production doivent être parlés. Il devra y avoir lecture de l'œuvre produite comme d'ailleurs

2 C. Vacheret et coll., *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques*, Dunod, Paris, 2002.

du processus créatif, co-lecture plus exactement, le patient étant invité à mettre en mots ce qu'il a produit et comment il l'a produit. Les éprouvés jetés sur la feuille, inextricablement mêlés au dessin ou à la sculpture, liés à la musique, sont décodés, mis en mots et réintroduits dans le champ de la conscience. C'est le travail préconscient de mentalisation, objectif final de l'activité qui est facilité par le groupe appelé à parler les œuvres produites.

Il s'agit donc d'un travail en trois temps. Le premier temps est celui de la mobilisation de l'*imaginaire* rendu possible par les médiations utilisées qui s'offrent comme de véritables espaces de projection. Le second temps est celui de l'excitation de la vie *affective*. Le troisième temps est celui de la mise en mots, c'est-à-dire de la *symbolisation* des affects éprouvés. L'activité de création peut alors être considérée comme une véritable aire de jeu favorisant les liaisons entre processus primaires (affects) et processus secondaires (pensée). La mise en forme de l'objet (pictural, sonore, photographique, etc.) est suivie d'une mise en sens (symbolisée) grâce à la parole. Il s'agit d'aller de l'objet au symbole en passant par l'imaginaire et l'affectif.

Ces activités médiatisées s'adressent à des patients chez qui l'imaginaire est relativement peu fertile contrairement aux patients visés par les activités utilisant des œuvres existantes. En effet, l'effort productif (la création d'une œuvre) engage plus facilement l'imaginaire que la seule mise en tension des sens : regard ou écoute.

Quoi qu'il en soit, il s'agit, dans tous les cas, non pas de chercher la réalisation esthétique ou plaisante, ni même narcissisante, mais *signifiante*. Dessins, sculptures, modelages, musiques jouées ont à être questionnés, parlés. Cela signifie avant tout que le patient n'a pas à maîtriser la technique pour s'exprimer avec la médiation artistique choisie. C'est même tout le contraire. Proposer à un musicien un travail en musicothérapie ou à un peintre un travail en art-thérapie, c'est lui donner l'occasion de se réfugier derrière une technique qu'il maîtrise. Ce qui va permettre le dévoilement de l'individu, c'est l'absence de maîtrise qui le laissera, nu, face à la possibilité de créer, l'obligeant à s'engager en tant que sujet et non pas comme artiste.

Une production socialisée

Si nous nous intéressons maintenant à l'œuvre produite nous pouvons considérer que celle-ci permet au patient de mener à terme une démarche de mobilisation personnelle et en même temps de poser un geste social. En effet, l'œuvre, une fois réalisée, est visible par autrui et donc partagée, socialisée ; elle fonde ainsi une partie de l'existence de son créateur dans le monde social. Elle est à concevoir comme l'aboutissement d'un processus créatif et comme une participation sociale. Il est important de préciser que ce qui fonde la valeur de l'œuvre produite n'est pas son caractère esthétique, fonctionnel ou pédagogique, il ne s'agit pas de faire du beau ou de l'utile ni d'apprendre à faire.

Les différentes activités utilisant le processus créatif

Ces différentes activités peuvent prendre les formes suivantes : peinture, dessin, modelage, collage, musicothérapie active, théâtre, etc.

Le collage

La technique est simple. Les participants sont invités à élaborer, à partir d'un stock de photos et de matériaux divers collectés préalablement (cartons, liège, mousse, feuilles d'arbres, petits morceaux de bois, de céramique, etc.), un tableau sur un support. Les animateurs peuvent proposer un thème ou laisser toute liberté aux participants, le groupe peut lui aussi proposer un thème. Chaque participant peut élaborer son propre tableau mais il peut y avoir aussi des productions à plusieurs, voire de l'ensemble du groupe, sur un même support. Ce sont les animateurs qui collectent les matériaux mais il est aussi possible de laisser chaque patient apporter ses propres matériaux.

Fiche méthode d'une séquence de collage

Contexte		
<ul style="list-style-type: none"> - Groupe ouvert de 5 à 8 participants - Pré-requis : patients stabilisés - Animation à 2 soignants préférable 	<ul style="list-style-type: none"> - Salle dédiée à des activités thérapeutiques - Une grande table pour exposer les matériaux - Différentes petites tables pour servir de support à la réalisation des tableaux 	Séances régulières, 1 à 2 par semaine
Préparation		
<ul style="list-style-type: none"> - Prévoir un stock de matériaux très divers : cartons, liège, photos de magazines, mousse, feuilles d'arbres, petits morceaux de bois, de céramique, etc. - Ces matériaux sont mis à disposition sur une grande table. - D'autres matériaux sont à prévoir : des feuilles cartonnées format A3 ou encore mieux des côtés de grands cartons d'emballage récupérés dans des magasins ; de la colle. 		
Déroulement de la séquence		
<i>L'animateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>demande aux participants</i> de prendre un support cartonné ; - <i>expose les consignes</i> : « <i>chacun d'entre vous va réaliser un tableau sur le support qu'il a reçu à l'aide des matériaux exposés sur la table</i> ». 	

Fiche méthode d'une séquence de collage (*Suite*)

<i>Alternatives</i>	<ul style="list-style-type: none"> - l'animateur peut proposer un thème : la joie, l'automne, la colère, le service de soin, etc. ; - ou laisser la liberté à chacun de composer ce qu'il souhaite.
<i>L'animateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> - peut lui-même <i>réaliser</i> un tableau ; - <i>observe</i> le travail des participants
<i>Les participants</i>	<i>réalisent leur tableau à partir des matériaux proposés.</i>
<i>L'animateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> - lorsque les participants ont <i>terminé</i> leur tableau (20 min à une demi-heure), leur demande de <i>décrire et de commenter</i> leur réalisation. - <i>renvoie à chacun</i>, lorsqu'il parle de sa réalisation, ce qu'il a observé de lui lors de la phase précédente : les hésitations, le plaisir exprimé ou affiché, l'inquiétude, etc. ; - <i>stimule les autres</i> à interroger ou à commenter la réalisation présentée ; - <i>commente lui-même</i> le travail présenté à travers ce qu'il convoque d'imaginaire chez lui.
<i>Les participants</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>commentent leur travail.</i> - <i>commentent le travail des autres</i> lorsqu'ils le présentent.
Recommandations	
<ul style="list-style-type: none"> - Le but du travail est de permettre la mise en mots. Les tableaux réalisés ne sont que des prétextes à convoquer l'imaginaire et l'affectif. Il appartient au soignant, le moment de l'expression venu, d'interroger le groupe sur chaque production. Il doit ensuite soutenir le travail de mise en mots et y participer en nommant, lui aussi, ce qu'il comprend ou ressent de ce qui est montré sur les collages. - Cette phase d'expression permet la mise en mots de la production comme du parcours associatif. Bien sûr les jugements de valeur sont prohibés excluant tout recours à l'intellectualisation, à l'évaluation esthétique. 	

Le contenu figuratif des tableaux n'est pas spécialement recherché. Parfois ce sont les jeux de couleurs qui guident la production, d'autres fois les contrastes de matières, parfois l'anarchie, le désordre, le fouillis ou l'ordonné, le rigide. Ce sont là les processus primaires qui sont à l'œuvre, comme une mise en « représentation de la pulsionnalité ³ ».

Le travail de production (choix des matériaux, des images, découpe, disposition sur le support) fait appel aux sens : toucher, vue, odorat, et convoque des affects qui sont projetés dans l'œuvre réalisée. L'effort lié au travail de mise en mots de ce qui est *présenté* sur le tableau constitué permet la construction de

3 C. Vacheret et coll., op. cit.

représentations. Le groupe aide à effectuer ce travail de mise en mots par ses associations.

Le mécanisme est bien de susciter l'imaginaire (processus primaires inconscients) pour les transformer (secondarisation), soit dans le but de stimuler et de renforcer l'activité préconsciente (visée psychothérapeutique), soit dans l'intention de travailler sur les éléments exprimés pour les inscrire dans l'histoire du patient (psychothérapie). Dans les deux cas, il s'agit de stimuler l'imaginaire et de lui donner une forme pensable, manipulable, consciente et partageable.

Le groupe, par ses commentaires, participe et stimule la mise en mots de celui qui a produit. Les mots des autres viennent nommer ce que le sujet ne parvient pas à nommer. Il peut alors se reconnaître dans ce qui est dit sur son travail et sur lui ou au contraire ne pas être d'accord et tendre vers une évocation plus juste. Mais si ce travail bénéficie au producteur du collage en question, il profite aussi aux autres membres du groupe. Par leur effort de mise en mots, ils font eux-mêmes travailler leur préconscient, en transcrivant ce qu'ils voient et ressentent de l'œuvre de l'autre. Parler de l'œuvre de l'autre, c'est exprimer ce qu'elle convoque en chacun des participants comme sensations, souvenirs, affects, associations.

Le travail de l'animateur consiste, comme à chaque fois, à permettre le processus créatif, donc à aider le patient à se laisser aller à l'expression. C'est aussi le rôle du cadre de l'activité, de l'absence de jugement esthétique et de la participation du soignant au travail de création.

Le dessin

L'avantage du dessin (de l'image) est qu'il exprime et signifie sans le recours des mots, ce qui est particulièrement utile avec le patient psychotique ou limite qui souffre justement d'une incapacité à nommer.

Par ailleurs, le dessin, proche de l'image, est un support qui convient très bien aux représentations inconscientes et représente donc une excellente possibilité d'expression de l'activité imaginaire et affective du sujet. Évidemment, ses possibilités expressives ne sont pas aussi larges que celles des mots, certains concepts abstraits sont difficiles à représenter (émotions, sensations). Elles ne sont pas non plus aussi précises, décliner certaines nuances peut être difficile (chaud, très chaud, etc.). Néanmoins diverses caractéristiques du dessin : couleur, force du trait, densité du tableau, précision des contours, etc., offrent des possibilités non négligeables de signifier.

Pour Widlöcher le dessin a valeur d'épreuve projective. Il précise cependant qu'il faut différencier le concept de projection issu de la psychanalyse et le concept de projection issu de la psychométrie. Pour la psychanalyse la projection consiste à conférer à autrui ce que le sujet ne peut reconnaître en lui, c'est donc un mécanisme de défense qui permet de se dédouaner d'affects gênants. Pour la psychométrie le concept de projection implique, pour le sujet, de laisser apparaître sa manière de voir, de comprendre une situation ou même sa manière

d'être de l'existence. C'est dans cette seconde acception que nous entendrons ce terme de projection dans ce chapitre. Ce qui sera ainsi projeté sur une feuille de papier porte donc la trace du vécu intérieur du sujet, de sa manière de vivre les choses à un moment particulier puisque cette projection aura lieu à un moment particulier, avec un soignant, dans un moment thérapeutique.

Cet aspect projectif du dessin est à mettre en lien avec le postulat que la perception est un mécanisme actif qui transforme l'image que nous avons de la réalité. Nous construisons ce que nous percevons à travers le filtre de notre personnalité, de nos affects, de notre histoire. La réalité est toujours autre que l'image que nous en avons. C'est pour cette raison que nous n'avons pas tous la même image de la réalité. Cette manière subjective de percevoir le réel apparaît alors nécessairement dans les productions picturales du sujet, dessinant en cela quelque chose de sa réalité interne. Le dessin devient ainsi une expression d'une attitude perceptive (Widlöcher). Même lorsqu'il s'agit de reproduire un modèle, ce modèle passe par l'étape image interne avant de pouvoir être reproduit. Cette image interne est colorée, modelée, déformée par les impressions générées par la perception de l'objet réel. Ce qui est dessiné est alors cette image interne déformée et non le modèle réel.

Widlöcher propose de distinguer plusieurs niveaux d'expression dans le dessin. Nous reprendrons ce qui suit à travers l'un de ses ouvrages, *L'interprétation des dessins d'enfants*, dont les éléments de compréhension proposés peuvent être utilisés pour comprendre le dessin de l'adulte, à ceci près que le mode d'expression par le dessin est une évidence pour l'enfant qui, moins encré que l'adulte dans l'expression par les mots, l'utilise avec plus de liberté. Widlöcher distingue le niveau expressif, ce que montrent les différentes composantes du dessin, le niveau projectif, ce que révèle globalement le dessin du sujet qui dessine, le niveau narratif, c'est-à-dire l'histoire racontée, manifeste et, enfin, le niveau symbolique, relatif au sens caché de la production picturale.

Un niveau expressif

C'est l'analyse des informations que livre le dessin à travers ses différentes composantes : qualité du trait, occupation du support, densité, utilisation des couleurs, etc. Il informe sur les dispositions tonique et émotionnelle du sujet au moment où il produit et permet de lire, par exemple, la détermination, l'hésitation, l'aisance. Bien sûr l'interprétation ainsi réalisée ne contient pas de valeur objective, ce n'est qu'une indication, une orientation, une supposition, une intuition qui doit guider une observation ultérieure afin de devenir une information plus complète sur le sujet. Il peut être utile d'inviter le sujet à confirmer ce qui se laisse apercevoir sur le dessin.

Un niveau projectif

Il s'agit à ce niveau d'appréhender le dessin, non plus de manière analytique, mais plutôt de manière synthétique, c'est-à-dire à travers l'effet produit par son

ensemble, par sa globalité. Ce qui est projeté révèle quelque chose du sujet dans son état du moment mais cela indique aussi quelque chose de sa structure : le caractère inhibé, ou au contraire expansif, le niveau d'estime de soi, etc. Bien sûr, nous dit Widlöcher, « *ce n'est pas un seul dessin qui peut montrer quelque chose de cet ordre, c'est la répétition de ses éléments projetés qui vont montrer quelque chose de l'ordre de la structure qui, là encore, devra être traduit en mots et proposé au sujet afin de la faire réagir* ». « *Par exemple, concernant une personne qui exploite tout l'espace de projection qui lui est donné : "vos dessins débordent de la feuille, c'est comme si vous manquiez de place", "en regardant vos dessins j'ai l'impression de vous voir agir, c'est tout en mouvement, en envahissement" »⁴.*

Un niveau narratif

Il s'agit de l'histoire que raconte la production picturale. Cette histoire peut être liée aux événements vécus, aux préoccupations du moment, aux difficultés ou aux joies rencontrées. Elle peut être la traduction de faits passés mais aussi souhaités, imaginés ou craints. C'est l'aspect factuel, manifeste de la production qui est ici pris en compte sans considération des résonances affectives.

Un niveau symbolique

C'est le contenu latent de la production qui se laisse deviner dans les contenus manifestes. Ce qui est dessiné peut signifier un peu plus que ce qu'il semble montrer. Les événements vécus, les préoccupations du moment (niveau narratif) sont exprimés à ce moment-là et de cette manière-là parce qu'ils répondent à un choix conscient du sujet mais aussi inconscient, en lien avec la situation thérapeutique. Ces éléments de sens cachés sont à mettre en parallèle avec les rêves et les associations libres du travail psychothérapeutique, mais aussi avec la dynamique transférentielle : quelle place occupe l'autre (le soignant) dans ce que le patient lui raconte à ce moment-là ? Pourquoi raconte-t-il cela maintenant ?

Dans ce cadre les éléments figurés dans la production picturale sont à comprendre comme des symboles venant signifier autre chose que ce qu'ils montrent. Widlöcher nous rappelle que le dessin fonctionne comme le rêve en s'appuyant sur les mécanismes de condensation et de déplacement. La condensation consiste à faire reposer sur un même élément pictural des significations multiples alors que le déplacement consiste à utiliser différents éléments picturaux pour représenter un même objet. Cependant révéler au sujet, par le jeu des interprétations, le sens caché de ses productions en levant le voile jeté par les mécanismes de condensation et de déplacement appartient au métier de psychothérapeute, ce que n'est pas l'infirmier.

4 D. Widlöcher, *L'interprétation des dessins d'enfants*, Editions Mardaga, Bruxelles, 1998.

D'une manière générale, il n'appartient pas à l'infirmier d'interpréter les symboles exprimés par la production du patient. Une interprétation fondée sur des correspondances génériques du genre : objet rond = symbole de féminité, ou bien objet long et droit = symbole phallique, relèverait d'une cabalistique psychanalytique certainement féconde mais qui ne correspond pas au registre d'action de l'infirmier. Il n'existe pas, à notre connaissance, de dictionnaire de la signification des symboles picturaux. De la même manière, une interprétation fondée sur l'histoire du sujet mettant en lien des événements ou des personnages marquants de cette histoire, et des éléments picturaux, relèverait d'une herméneutique sauvage qui échappe elle aussi à la mission soignante de l'infirmier.

Dans ce cadre, le travail de l'infirmier consiste, à la rigueur, à permettre au sujet de se révéler à lui-même le sens caché de sa production en lui demandant de la commenter : « *pouvez-vous nous dire ce que vous avez dessiné ?* ». Le travail infirmier va consister à entraîner le sujet à traduire l'image (figurative ou non) en mots, l'imaginaire en symbolique ; nous retrouvons là cette *visée psychothérapeutique* que nous avons définie précédemment.

La place impossible de l'esthétique

Il est facile de comprendre pourquoi la notion de beauté est exclue de ce travail. S'il est demandé aux participants d'un atelier dessin, même implicitement, de réaliser quelque chose qui soit de l'ordre du beau, cette demande va inévitablement entraîner un contrôle de l'expression et interdire le laisser-aller. C'est pourtant dans le laisser-aller que des éléments expressifs vont apparaître et que la symbolique va être la plus représentative. L'attitude du soignant face aux réalisations des patients devra exclure les jugements de valeurs qui entraîneraient inévitablement, une prochaine fois, une tentative de faire à nouveau du beau, pour plaire, et donc pour l'autre. Ce qui compte, ce qui doit être recherché, c'est le plongeon dans l'expression, c'est l'utilisation de la feuille comme espace de projection et non comme surface de compétition. Bien sûr le dessin est guidé par une volonté plus ou moins figurative. Si des personnages ou des paysages sont représentés, ils pourront figurer et donc rappeler la réalité. De la même manière si des affects sont exprimés ils ne s'étaleront pas toujours en taches de couleurs ou en motifs informes mais pourront s'intégrer dans une scénographie plus ou moins élaborée, plus ou moins cohérente et logique. Mais un souci excessif de la précision et du détail, par exemple, pourra être mis en lien avec les aspects expressif ou projectif de la production en laissant supposer, une volonté défensive qui pourrait relever soit d'une structure psychique, soit d'un manque de laisser-aller conjoncturel. C'est la répétition et l'invitation à mettre des mots qui donnera sens à ce souci du détail.

La place inévitable du transfert

Il est évident que dans ce travail projectif, dans cette exposition sur la feuille de l'intériorité du sujet dessinant, la place du soignant compte. Le patient dessine

certes pour exprimer mais son expression est destinée à ceux qui sont là avec lui et en particulier au(x) soignant(s) animant le groupe. Il existe donc un transfert, c'est-à-dire que les affects éprouvés dans l'instant de la séance sont colorés d'éléments en rapport avec d'autres moments et d'autres sujets ayant compté dans l'histoire du patient. Ces éléments transférentiels apparaissent avec facilité parce que le dessin est une activité régressive. Il n'appartient cependant pas à l'infirmier d'interpréter ce transfert mais simplement de garder à l'esprit qu'il participe au comportement et à la production du patient.

Méthode : les déclencheurs⁵

Il n'est pas très utile de proposer une fiche méthode sur le dessin. Le travail consiste simplement, dans le cadre de groupes fermés ou ouverts, à proposer à un groupe de patients de dessiner soit à partir d'un thème choisi préalablement soit totalement librement. Le soignant restera en observateur et encouragera par sa présence l'effort créatif des participants. Il jouera pour cela sur la proximité. S'il y a deux animateurs, l'un des deux participera au travail créatif.

La confrontation à la page blanche reste très souvent un passage difficile que plusieurs techniques permettent de dépasser :

- l'utilisation d'une couleur unique permettant d'éviter le choix à ce niveau. L'animateur peut éventuellement choisir cette couleur ;
- proposer au patient de réaliser une première trace sur sa feuille. Cette mise en route proposée par le soignant permet au patient de n'avoir qu'à poursuivre ce qui a été proposé. C'est ainsi le soignant qui fait le premier pas ; il laissera rapidement l'initiative au patient ;
- proposer un thème, des photos, une histoire qui servira non pas de modèle à reproduire, mais de procédé initiateur afin de lancer la dynamique de la créativité. Peu importe ensuite que ce qui a été proposé au début ne se retrouve pas dans la production réalisée ;
- le travail à deux mains qui permet d'alterner les propositions du soignant et du soigné ou même de deux soignés sur une même feuille. Progressivement le soignant se retire de la production quand il constate que le soigné s'empare de l'espace de production (la feuille) ;
- la sollicitation des sens :
 - le toucher par le contact avec de matières diverses (tissus, objet, matériaux, etc.),
 - l'odorat par l'utilisation de différents parfums : épices, encens, matériaux (cuir, bois, etc.) ;
- enfin si vraiment l'inhibition est trop importante, il peut aussi être intéressant de proposer de copier une image ou une photo. Le travail de reproduction nécessite seulement de l'application et limite la créativité, et donc l'engagement. Il peut donc être envisagé provisoirement comme un passage, une ouverture vers un travail plus impliquant.

L'animateur utilisera, en fonction des besoins constatés chez l'un ou à l'autre des participants, l'une de ces techniques pour lancer le processus créatif.

5 P. Laurin , Maladie d'Alzheimer et création, in *Perspective psy*, volume 48, n° 3, juillet-septembre 2009.

La peinture

L'utilisation de la peinture reprend les mêmes pré-requis que ceux du dessin. Elle nécessite peut-être un peu plus, de la part du praticien, la maîtrise spécifique de la médiation.

Mais plus encore que le dessin, la peinture nécessite de ne pas s'attacher à l'aspect esthétique des productions réalisées. « *L'exploration par la peinture est parfois douloureuse, la recherche est hésitante, malhabile, parsemée de doutes. L'étayer par des commentaires admiratifs ne peut que remettre en cause l'authenticité de la parole du praticien*⁶. »

La musicothérapie active

Que ce soit avec le corps, avec la voix ou avec des instruments de percussions ou mélodiques simples, il s'agit à chaque fois de jouer avec les composantes du son (hauteur, timbre, puissance) ou de la musique (rythme, mélodie, harmonie). La base de l'animation sera de rendre possible le jeu afin de permettre à chaque membre du groupe de participer pleinement à un échange avec l'autre, de se laisser aller au contact, en confiance, tout en restant soi. Qu'ils soient réalisés en percussions corporelles (frapper dans ses mains, sur ses cuisses, des pieds sur le sol, faire claquer ses doigts, frapper doucement l'épaule de son voisin, etc.) ou avec des instruments, les jeux feront alterner principalement des imitations et des dialogues en questions-réponses. La musicothérapie invite à jouer avec le son et la musique afin de susciter une mise en tension de l'individu aux niveaux cognitif, corporel, affectif et relationnel, dans le but de stimuler l'imaginaire et l'affectif. Cette mise en jeu de soi est, dans un deuxième temps, mise en mots.

Lier cognitif et affectif

La production musicale stimule l'activité cognitive : attention, perception, concentration, mémorisation. Mais jouer de la musique de manière partagée implique aussi la gestuelle, le corps, la voix, le regard et l'écoute et stimule tout autant la sphère des affects (plaisir, déplaisir, excitation, anxiété, etc.). La voix en particulier (débit, rythme, intonation, timbre, prosodie) est un véhicule puissant de l'affectif car elle engage celui qui la produit et elle touche celui qui la reçoit par son caractère intime. Pouvoir exprimer avec sa voix, sans le sens des mots, des états affectifs ou des intentions est le préalable à l'expression orale.

La musicothérapie permet donc de lier le cognitif à l'affectif. Le rôle du soignant sera de rendre possible l'accès au jeu en levant les inhibitions, en

6 P. Laurin, Maladie d'Alzheimer et création, in *Perspective psy*, volume 48, n° 3, juillet-septembre 2009.

soutenant les productions et, à chaque fin de séance, en introduisant le langage.

L'animation

L'animation joue un rôle fondamental dans ce type d'activité où il s'agit de créer des moments de vie collective à travers la mise en jeu de soi dans un échange avec l'autre.

La difficulté majeure consiste à créer une dynamique et à la maintenir malgré les inhibitions et les excitations. Cette dynamique a tendance à s'essouffler car l'effort de mise en acte et d'attention à l'autre qu'elle nécessite est considérable. L'animateur doit alterner entre stimulation et appel à la modération tout en jouant lui-même, puisque c'est sa propre capacité à jouer qui va servir de facteur d'entraînement. C'est là que le piège peut se refermer car la tentation peut être grande, pour celui qui anime, surtout s'il est musicien, de se laisser aller à la démonstration technique et ainsi de décourager les participants. L'animateur doit être capable, tout en jouant, d'être attentif à chacun et d'intervenir dans le jeu lorsqu'un participant est trop présent ou en difficulté.

La conservation de la dynamique passe par un enchaînement approprié des différents jeux qui auront été préparés à l'avance, toute rupture trop longue entraînant une fuite de cette dynamique.

Mais si la dynamique est insufflée par l'animateur, elle existe aussi grâce au travail du groupe qui doit alors être relativement homogène. Si un patient est trop en dessous des capacités motrices ou d'attention des autres, il risque de gripper la fluidité des différents jeux.

Quelques différents jeux possibles⁷

Le musicothérapeute utilise différentes directions de travail pendant les séances : découvertes des sons, imitation, échanges, développement de la créativité, improvisation, mobilisation corporelle, écoute.

La découverte des sons

Cette découverte passe tout d'abord par l'exploration de l'environnement sonore et concerne la ou les premières séances de travail du groupe. C'est un premier temps collectif en même temps que la découverte de ce qui, à partir du bruit, fonde le son, c'est-à-dire le sens.

⁷ Les jeux relatifs à la musicothérapie active décrits ici sont tirés de l'enseignement de Jean-Marie Guiraud Caladou : formation INFIPP 1994-1995. Ils sont décrits avec précisions dans l'ouvrage : J.M. Guiraud-Caladou, *La musique du fou intelligent*, Editions Fuzeau, Bressuire, 1989.

Fiche méthode d'une séquence de découverte des sons

Contexte		
<ul style="list-style-type: none"> - Groupe fermé de 5 à 8 participants - Pré-requis : patients relativement stabilisés - Animation à 2 soignants préférable 	Salle dédiée à des activités thérapeutiques	Séances régulières, 1 à 2 par semaine
Préparation		
Ranger et mettre hors de vue tout instrument de musique.		
Déroulement de la séquence		
<i>Orientation du jeu</i>	Il s'agit, après avoir pris le soin d'enlever les instruments de musique, de demander aux participants d'explorer la pièce dans laquelle ils se trouvent et de choisir un objet producteur de sons (une trouvaille sonore). Tous les objets peuvent être utilisés : chaises, fenêtres, tables, stylos, etc., pourvu qu'ils puissent, d'une manière ou d'une autre, produire un son.	
<i>Départ de la séquence</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Les <i>participants explorent</i> l'espace à la recherche d'un objet sonore, ils saisissent ce qu'ils trouvent et essaient d'en tirer un son puis choisissent un objet. - Après ce premier temps d'exploration, <i>chacun présente</i> au groupe, de manière sonore, ce qu'il a trouvé : il s'agit d'écouter les différences de timbres, d'échanger les trouvailles sonores. 	
<i>Progression de la séquence : travail sur les timbres</i>	L'animateur <i>propose de regrouper les trouvailles</i> sonores par timbres et de jouer sur la prise de conscience de la hauteur des sons. <i>Consigne</i> : « <i>classez-vous, de droite à gauche de la pièce, du son le plus grave au plus aigu</i> ».	
<i>Progression de la séquence : travail sur l'intensité des sons (plus fort-moins fort)</i>	<i>Consigne</i> : après avoir proposé un rythme très simple, l'animateur demande au groupe de jouer ce rythme et d'augmenter ou de diminuer l'intensité du son produit avec sa « trouvaille » en suivant le mouvement de sa main.	
<i>Progression de la séquence : travail sur le rythme (plus vite-moins vite)</i>	<i>Consigne</i> : l'animateur, toujours sur un rythme très simple, demande au groupe de suivre ses variations de rythme.	
<i>Le coanimateur</i>	<i>participe au travail du groupe</i> dans une visée d'entraînement.	
<i>L'animateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> - après avoir énoncé les consignes, encourage par sa présence et verbalement l'exploration et la participation des membres du groupe ; - il encourage les participants à se déplacer, à occuper l'espace. 	

La découverte est donc aussi celle du son à travers ses différents paramètres : hauteur, durée, intensité, timbre. C'est un travail légèrement technique qui permet de mesurer à quel point les patients ont accès à l'outil. Il est possible de ne travailler qu'un ou deux paramètres par séance. Chacun des paramètres du son peut être utilisé pour évaluer et stimuler une fonction particulière. L'intensité (jouer plus fort ou moins fort) participe du contrôle pulsionnel. Le travail sur la hauteur des sons (plus aigu - moins aigu) stimule la discrimination auditive. Le travail sur les timbres rend compte de la capacité à apprécier les différences.

Cette première direction de travail permet tout d'abord de lancer la dynamique de groupe, d'oser jouer ensemble, mais elle permet aussi d'initier le passage du bruit au son (grâce au sens), c'est-à-dire du primaire au secondaire, de l'inélabore à l'élaboré.

Les jeux d'imitation

L'imitation peut se faire avec des instruments, en percussions corporelles ou avec la voix. Elle repose sur différents mécanismes qui, pour être efficaces, doivent se combiner : perception d'actions, attention, mémorisation, reproduction, c'est donc un puissant stimulant cognitif. Mais l'imitation est aussi un élément constitutif de la communication. Elle peut être immédiate ou différée, significative ou non significative, concrète ou symbolique. Elle suppose une représentation motrice élémentaire et permet la synchronie et l'alternance propre à la communication en développant les capacités d'attention conjointe et la résonance émotionnelle. Pour les sujets psychotiques, l'imitation développe l'agentivité⁸, c'est-à-dire la reconnaissance d'être l'auteur de ses propres actions ou d'être à l'origine des actions de l'autre. L'agentivité est à l'origine de la distinction soi-non-soi.

Fiche méthode d'une séquence de jeux d'imitation

Contexte		
- Groupe fermé de 5 à 8 participants - Pré-requis : patients relativement stabilisés - Animation à 2 soignants préférable	Salle dédiée à des activités thérapeutiques	Séances régulières, 1 à 2 par semaine
Préparation		
Mettre à disposition un instrumentarium*.		
Départ de la séquence	Les participants forment un cercle et sont face à face.	

8 Terme emprunté à Jacqueline Nadel, directeur de recherche CNRS, spécialiste du développement de l'imitation et de l'émotion chez le jeune enfant et l'enfant avec autisme.

Fiche méthode d'une séquence de jeux d'imitation. (Suite)

<i>Progression de la séquence</i>	<p><i>Consignes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - « <i>Je fais une série de sons (un rythme) – le groupe imite. Je propose un autre rythme – le groupe imite...</i> » - « <i>Chaque membre du groupe devient animateur tour à tour et propose donc des rythmes que le groupe imite.</i> » - « <i>Je fais une série de sons – celui que je regarde imite.</i> » Il s'agit, en plus d'imiter, de choisir et d'être choisi, c'est-à-dire de construire un geste social, de prendre une décision. - Le petit train rythmique : « <i>je fais un rythme, je le répète, mon voisin écoute et regarde, puis il fait avec moi, quand je constate qu'il fait bien je le laisse seul, il change mon rythme et le passe à un autre de la même manière</i> ». Ce jeu favorise le cycle mémorisation-répétition-création.
<i>Alternative</i>	Il est possible, afin de limiter provisoirement l'implication des participants, de travailler l'imitation dos à dos, les participants ne se regardent donc pas.

* L'instrumentarium de base comprend : tambourins, grelots, maracas, triangle, claves, bâton de pluie, sanzas, wood-block, djembé, carillons, guiro, tube résonant, octo-black, métalophones, kazoos, tam-tam, derbouka, bongos, xylophones, lames métalliques, cimbales.

Les jeux d'échange et de dialogue

Là encore, les jeux peuvent être réalisés en percussions corporelles, avec des instruments ou avec la voix. Ils seront rythmiques (percussions corporelles, instruments) ou mélodiques (instruments mélodiques, voix). Les jeux mélodiques peuvent être plus impliquants puisque la mélodie est le support de l'impact émotionnel de la musique alors que le rythme stimule plus le corps à travers la motricité. C'est de loin la voix qui engage le plus le sujet par son caractère intime ; montrer sa voix c'est montrer quelque chose de l'intérieur de soi.

Fiche méthode d'une séquence de jeux d'échange et dialogue

Contexte et préparation	
Idem que précédemment.	
<i>Départ de la séquence</i>	Les participants forment un cercle et sont face à face.
<i>Progression de la séquence : jeu de dialogue</i>	- Dialogues à deux avec l'animateur. L'animateur invite du regard tour à tour chacun à dialoguer avec lui musicalement (il doit bien s'agir de dialogues, c'est-à-dire d'écoute mutuelle et non pas de jeux en solitaire à deux).

Fiche méthode d'une séquence de jeux d'échange et dialogue (Suite)

	<p>Consigne : « je propose quelque chose rythmiquement, vous écoutez, puis celui que je regarde propose une suite, une réponse ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dialogues à deux : un patient choisit un partenaire pour dialoguer, au bout d'un moment (quand il le souhaite) ce dernier en choisit un autre en se tournant vers lui, etc. - Dialogues à trois : un patient choisit un partenaire pour dialoguer un moment avec lui. Un troisième vient, quand il le souhaite, s'inviter dans la communication de ces deux participants ; le premier s'arrête alors laissant les deux autres continuer, et ainsi de suite... (penser à changer les instruments).
<p>Progression de la séquence : jeux avec la timbale</p> <p>La timbale est une sorte de gros tambour sur pied (60 cm de diamètre)</p>	<p>La timbale permet que deux personnes s'assoient face à face, simplement séparées par l'instrument. La communication rythmique sur l'instrument impose alors la proximité des protagonistes et même le contact des mains. Ce dernier n'est pas vécu de manière dangereuse grâce au jeu. La timbale sert donc d'objet intermédiaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consignes à deux autour de la timbale : imitations à deux sous le regard du groupe ; dialogues à deux sous le regard du groupe. - Consignes jeux seul avec la timbale : faire deviner au groupe, en le jouant, un état affectif ; décrire un membre du groupe uniquement par son jeu sur la timbale.
Commentaire	
La reprise verbale est très importante dans ce travail.	
<p><i>Progression de la séquence jeux collectifs</i> : le chef d'orchestre</p>	<p>Improvisation collective</p> <p><i>Consignes</i></p> <p>Avec instruments, en percussions corporelles ou avec la voix. Un participant joue le rôle du chef d'orchestre, il fait jouer ou s'arrêter le jeu des autres participants comme il le souhaite, il peut laisser un seul participant jouer, puis deux, puis tout le groupe, puis un autre jouer seul à nouveau, etc. Il peut proposer une séquence rythmique de base qui servira de support à la production sonore du groupe ou il peut laisser la liberté à chacun de jouer comme il le veut.</p>
Commentaire	
Ce jeu renvoie à la relation avec le pouvoir puisque celui qui dirige a le pouvoir de faire jouer et d'arrêter le jeu de l'autre. La verbalisation <i>a posteriori</i> est fondamentale.	

Fiche méthode d'une séquence de jeux d'échange et dialogue (*Suite*)

<p><i>Suite des jeux collectifs</i> : le jeu du chef d'orchestre avec les pieds (avec instruments de percussions rythmiques ou mélodiques)</p>	<p>Les participants sont assis sur le sol en cercle.</p> <p><i>Consignes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le chef d'orchestre est au centre du cercle et propose de courtes séquences rythmiques en frappant des pieds sur le sol (le chef d'orchestre est dans un premier temps un soignant puis chaque patient tour à tour), les autres imitent les rythmes sur leurs instruments. - Dans un second temps, le chef d'orchestre, se trouvant toujours au centre du cercle formé par l'ensemble des participants assis par terre, joue un rythme avec ses pieds sur le sol et chaque personne, en face de laquelle il se place, joue le rythme entendu sur son instrument. Lorsque le chef d'orchestre se situe au centre du cercle, c'est l'ensemble des participants qui joue le rythme proposé. - Le même jeu peut être proposé mais à l'inverse, c'est-à-dire que le chef d'orchestre joue avec ses pieds ce que les participants proposent rythmiquement sur leur instrument.
<p>Commentaire</p>	
<p>Ces jeux mobilisent les participants sur le plan cognitif, en particulier au niveau de l'attention et de la concentration. Ils induisent aussi une mobilisation corporelle. Enfin, grâce au travail d'imitation collectif, ils permettent un faire ensemble et donc un plaisir partagé.</p>	

Le développement de la créativité, l'improvisation

Il s'agit d'aider le patient à sortir de la répétition pour se lancer dans l'inédit, dans la créativité, dans l'improvisation. Ce type de jeux ne peut se mettre en place qu'après que le patient ait participé à plusieurs séances autour de l'imitation et du dialogue afin qu'il se soit habitué au groupe, au jeu, à l'expression.

Fiche méthode d'une séquence centrée sur la création et l'improvisation

<p>Contexte et préparation</p>	
<p>Idem que précédemment.</p>	
<p>Départ de la séance <i>Développement de la créativité mélodique</i> avec des lames sonores individuelles, avec des xylophones ou avec la voix</p>	<p><i>Consignes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Petit train mélodique (idem dans la forme que le petit train rythmique, cf. jeux d'imitation). - Échange mélodique : un participant joue une courte mélodie (très simple), un second trouve une suite, puis un troisième propose une autre variation, etc.

Fiche méthode d'une séquence centrée sur la création et l'improvisation (*Suite*)

	<ul style="list-style-type: none"> - L'animateur joue seul mélodiquement et interroge chacun, tour à tour, du regard. Chaque participant sollicité propose une réponse. - Improvisation d'un membre du groupe sur une improvisation du reste du groupe. - Improvisation collective : en fin de séance.
Progression de la séance : développement de la créativité rythmique	Les mêmes jeux que précédemment sont réalisables mais avec, cette fois, des instruments rythmiques ou en percussions corporelles.
Progression de la séance : création d'une situation, d'une ambiance, d'un climat autour de créations musicales	<ul style="list-style-type: none"> - Il s'agit de proposer une ambiance, un climat et de le créer dans une improvisation collective ou le laisser imprégner chaque jeu de la séance. L'animateur propose : « dans cette séquence tous les jeux seront gais, tristes, nerveux, etc. ». - Il est aussi possible de faire vivre une ambiance, un climat au groupe uniquement en induisant cette ambiance dans des jeux collectifs sans indiquer aux participants de quelle ambiance il s'agit. Les jeux doivent être teintés de cette ambiance, de ce climat.
Quelques conseils concernant l'expression	
<ul style="list-style-type: none"> - La tendresse s'exprime plus facilement dans des rythmes à trois temps. - La pesanteur nécessite un étirement dans le temps, des silences. - La force se fait sentir dans ses alternances avec la douceur. - La gaieté s'incarne dans des rythmes rapides, des contretemps, des syncopes alors que la légèreté se matérialise dans des sons fluides et plutôt aigus. 	
Progression de la séance : improvisations mélodiques vocales de groupe sans instruments	<p>L'idée est de donner à l'autre quelque chose de soi à entendre : la voix.</p> <p><i>Consignes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Demander à un participant de proposer un son vocal (rythmique et/ou mélodique), cela peut être juste une note, et de le répéter. Inviter un second participant à ajouter un son à celui du premier qui continue à produire le son, etc. - Tous les participants ayant « leur son », ils le tiennent tous ensemble (yeux ouverts ou fermés), l'animateur propose alors à l'ensemble du groupe de jouer ensemble avec ces sons : haut, bas, fort, faible, etc. C'est l'animateur, puis chaque membre du groupe à tour de rôle, qui dirige la production (chef d'orchestre). - L'animateur amène ensuite le rythme progressivement lorsque c'est lui qui dirige la production de l'ensemble.

Fiche méthode d'une séquence centrée sur la création et l'improvisation (*Suite*)

	<ul style="list-style-type: none"> - Si le groupe a démarré assis, l'animateur peut inviter le groupe à se lever et à vivre le son corporellement, en se déplaçant, en bougeant sur place, en dansant.
Commentaire	
<p>Ce type d'animation est très difficile à mener car elle nécessite une présence très dense du soignant pour maintenir une dynamique souvent fragile. Les séquences de ce type ne peuvent pas durer plus de quelques minutes.</p>	
<p>Progression de la séance : expression, communication, autour d'une improvisation libre vocale de groupe</p>	<p><i>Consignes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 1^{er} temps : « chacun se présente avec sa voix » (l'animateur peut commencer en se présentant de manière gaie afin de lancer la dynamique). - 2^e temps : imitation vocale animateur-groupe, sur un son. Ce travail permet à chacun de sortir sa voix sans risques à travers des jeux simples sur les paramètres du son : fort, doux, vite, faible, et de la musique, rythme, mélodie. Chaque membre du groupe peut prendre l'animation. - 3^e temps : dialogues (à deux avec choix de l'autre). - 4^e temps : improvisation collective, debout, en se déplaçant. Pendant cette séquence d'improvisation collective, les personnes, en se croisant, peuvent échanger leur improvisation. - Pour finir, il peut être opportun de proposer au groupe de se replacer en cercle, debout, pour terminer en douceur l'improvisation collective dans une configuration contenant : une mélodie vocale simple qui s'éteint progressivement.
Recommandations	
<ul style="list-style-type: none"> - Tous ces jeux sonores ou musicaux sollicitent l'individu à la fois sur le plan cognitif, puisqu'ils nécessitent de l'attention, de la concentration, de la mémoire, mais aussi sur le plan affectif car produire devant les autres à partir de son corps ou de sa voix est toujours impliquant. Il importe alors aux animateurs d'être particulièrement attentifs aux difficultés cognitives liées aux pathologies ou induites par les traitements qui pourraient mettre en difficultés certains patients se trouvant dans l'impossibilité de produire. L'échec est totalement proscrit de ce genre de travail, l'impératif premier sera alors lié à l'homogénéité dans la constitution des groupes. - Bien entendu, tous ces jeux étant particulièrement impliquants, la reprise verbale est incontournable. 	

Le modelage

Il s'agit de travailler sur un espace de projection en trois dimensions. Le modelage est généralement réalisé avec de l'argile mais il est possible de travailler avec de la pâte à sel ou de la pâte à modeler. La matière représente donc physiquement le support projectif lors des séances. Le patient triture cette matière en se référant à un ou des modèles internes (idées, représentations, sensations, désirs, affects). Ce modèle interne est lié aux préoccupations du sujet, à son histoire mais aussi à la situation présente. Dans ce dernier cas le travail réalisé est une réaction au moment vécu, une manière de se positionner, de répondre aux sollicitations, à l'ambiance.

Mais la trituration de la matière convoque aussi le sujet au niveau immédiat de la sensation et en particulier de la sensation tactile. Le toucher est fortement mobilisé à travers le plaisir de malaxer, d'écraser, d'étirer, d'effiler, d'arracher, d'appuyer, de trouser. Le ressenti corporel est stimulé par cette activité manipulatrice sur la terre qui offre des possibilités au niveau du volume, de la forme en mouvement, de la qualité du contact, de l'odeur.

Fiche méthode d'une séquence de modelage

Contexte		
<ul style="list-style-type: none"> - Groupe ouvert de 3 à 8 participants. - Animation possible avec un seul soignant 	<ul style="list-style-type: none"> - Salle dédiée à ce type d'activité - Le matériel et les productions réalisées doivent pouvoir rester dans la salle d'activité d'une séance sur l'autre sans être manipulés par autrui - De l'eau doit être disponible dans la pièce ou à proximité 	1 à 2 séances hebdomadaires d'une heure
Préparation		
<ul style="list-style-type: none"> - La salle (l'atelier) doit être équipée de plusieurs plans de travail (tables individuelles ou communes). - Différents matériaux doivent être disponibles : argile, bois, stéatite (pierre très tendre), cire d'abeilles, plâtre, etc. 		
<i>Déroulement de la séquence</i>	<i>Consignes</i> <ul style="list-style-type: none"> - Les consignes sont très larges dans ce domaine thérapeutique. Il est préférable de commencer par un travail encadré par des consignes plutôt précises afin de ne pas laisser trop de place à l'angoisse du manque d'imagination et de technique. Il s'agira alors de reproduire un modèle (cendrier, assiette, branche, etc.). 	

Fiche méthode d'une séquence de modelage (*Suite*)

	<p>- Progressivement un travail de représentation pourra être proposé : représentation d'objets imaginés, représentations corporelles, figures humaines, autoportraits, parties du corps. C'est seulement au bout d'un certain nombre de séances qu'il sera possible de laisser un groupe sans consignes précises : « faites ce que vous avez envie de faire ».</p> <p>Cette liberté ne peut être investie que lorsqu'une confiance dans le groupe s'est construite sur la base d'une absence de jugement.</p>
<i>L'animateur</i>	<p>- Les consignes sont collectives mais le travail est individuel.</p> <p>- L'animateur se déplace de l'un à l'autre des participants afin de soutenir le processus de création chez chacun.</p>
Recommandations	
<p>Bien entendu, les séances seront ponctuées ou terminées par une reprise verbale. Ce qui a été vécu doit pouvoir être mis en mots. Le vécu et l'imaginé doivent trouver le chemin du nommé afin d'être intériorisés et assimilés.</p>	

10

Les activités centrées sur le développement des possibilités d'élaboration utilisant une œuvre existante

(photo-langage, musicothérapie réceptive, lecture partagée, stimulation des sens, etc.)

Éléments conceptuels

Objectif

L'objectif de ces activités est le même que pour le groupe d'activités précédent à la différence que cette fois-ci l'imaginaire est sollicité par une œuvre déjà constituée. Il ne s'agit donc plus de créer pour imaginer et ressentir mais d'utiliser une création pré-existante. L'œuvre peut ainsi être vue comme un stimulant sensoriel venant provoquer le sujet dans la sphère émotionnelle. Dans ce cadre, l'œuvre, objet de médiation, vient susciter l'imaginaire, convoquer images et souvenirs, et les mêler aux impressions du moment. L'imaginaire ainsi stimulé va convoquer des affects qui n'auront plus qu'à être nommés.

Méthode

La subtilité du travail des animateurs commence par le choix des œuvres. Qu'il s'agisse de photos, de musiques, de chansons, il importe que ce qui préside à ce choix soit les possibilités d'évocation des œuvres proposées. Il s'agira ensuite de proposer au groupe un espace suffisamment contenant, protégé, sans danger

afin que chacun puisse se laisser aller en toute sécurité et se laisser impressionner (au sens littéral du terme) par l'œuvre proposée. Les soignants auront ensuite à soutenir les processus de transformation de la pensée, au besoin en reformulant ou en utilisant le reflet ou la focalisation. Ils seront aidés en cela par les participants eux-mêmes qui seront invités à discuter, à s'interroger, à proposer.

Mécanisme thérapeutique

L'objet artistique sollicite la perception, puis la représentation, ensuite les affects liés aux représentations et enfin, grâce au travail préconscient, la capacité de symboliser en prenant sens pour l'individu et le groupe.

Ce qui va engendrer la liaison intrapsychique, préconsciente, permettant la transformation des éléments primaires en éléments secondaires, donnant sens aux affects, aux images internes et permettant la communication, c'est l'espace de jeu, c'est-à-dire un espace transitionnel d'échanges intersubjectifs. Dans le travail de groupe, chaque participant a la possibilité de s'exprimer, soit sur le choix de l'autre (photo-langage), soit sur un même objet (musique, conte, etc.). L'échange autour de l'imaginaire suscité par l'objet artistique permet une parole impliquée mais concernant un objet et non pas le sujet. C'est bien parce qu'il s'agit de soi, mais à travers un objet, qu'il est possible d'exposer son imaginaire et d'oser évoquer un ressenti, puis de les confronter à ceux des autres sans se sentir remis en cause. De plus, cette parole, modeste tentative d'exprimer un vécu, se déploie dans un espace protégé, cadré, sécurisé : la séance thérapeutique. Il peut alors se créer, dans cet espace rassurant et grâce à ces échanges, un espace intermédiaire situé entre le subjectif et l'objectif, sorte d'espace de porosité entre le sujet et autrui, qui, de par ses qualités contenant et rassurantes, facilite les mécanismes de projection et d'introjection. Le sujet peut placer à l'intérieur de cet espace ce qu'il ressent, le groupe ou les animateurs l'aidant à nommer ses affects si besoin est. Ce qui sera placé dans cet espace intermédiaire sera transformé par l'activité de pensée du groupe, chacun participant selon ses moyens à senser ce qui est exprimé par l'autre. Il restera au sujet à introjecter les éléments de sens produits par le groupe qui viendront contenir ses affects.

Les différentes activités centrées sur le développement des possibilités d'élaboration utilisant une œuvre existante

Ces différentes activités peuvent prendre les formes suivantes : atelier chanson, groupe parole, photo-langage, musicothérapie réceptive, etc.

La musicothérapie réceptive

La technique consiste à faire écouter à un groupe de patients (ou à un seul patient) plusieurs œuvres musicales deux par deux (sans paroles pour ne pas

imposer de sens). Le fait de les présenter par paires permet, par effet relatif, de majorer l'effet induit par chacune des œuvres. Un morceau calme avec un tempo lent, qui aura été précédé d'un morceau au tempo rapide, paraîtra encore plus lent et verra se renforcer l'impression de calme qu'il produira. L'effet produit est donc plus évocateur.

Après l'audition de chaque couple d'œuvres, la parole est laissée à chacun des membres du groupe qui viendra évoquer les impressions, les images, les souvenirs que lui aura laissés la musique. Ces évocations sont ensuite reprises dans le groupe. L'écoute provoque l'imaginaire, celui-ci fait naître des affects qui sont ressentis puis mis en mots. C'est le processus que nous avons décrit plus haut : objet (sonore) → imaginaire → affect → symbolisation.

Fiche méthode d'une séance de musicothérapie réceptive

Contexte		
<ul style="list-style-type: none"> – Groupe de 5 à 8 participants – Pré-requis : pas d'états aigus – Animation solo possible 	Salle dédiée	Une à deux séances hebdomadaires d'une heure
Préparation		
<ul style="list-style-type: none"> – Des sièges confortables ou des tapis (si le sol n'est pas suffisamment chaud) ainsi que des coussins seront disponibles. – Un système musical doit être disponible, si possible de qualité. 		
Déroulement de la séance		
<i>Départ de la séquence</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Les patients sont confortablement installés sur des tapis et avec des coussins à disposition. – Ils investissent la pièce comme ils le souhaitent. 	
La progression des séances	<ul style="list-style-type: none"> – Les morceaux choisis seront, au début, clairement en opposition par couple, puis, progressivement, la différence entre les deux œuvres se réduira, afin de stimuler l'imaginaire de façon moins provocante, plus en finesse. – De la même manière, les œuvres proposées seront au début facilement accessibles puis elles s'orienteront progressivement vers des styles en général peu écoutés mais très évocateurs : musique électro-acoustique ou musique contemporaine. – L'alternance écoute-parole est rapide, l'essentiel étant bien sûr la mise en mots de l'éprouvé. La parole est libre (excluant uniquement les jugements de valeur sur ce que dit l'autre ou sur ce qu'il est), il est donc possible au patient de parler de l'effet produit par la musique ou de l'effet de la parole de l'autre. 	

Fiche méthode d'une séance de musicothérapie réceptive (Suite)

Commentaires	
L'utilisation de musiques contemporaines est d'une grande efficacité sur l'évocation. Ce sont des musiques dont l'étrangeté renvoie à des mondes sonores pas encore exploités par les patients, et donc pas connotés d'avance affectivement. Si Bach ou Haendel évoquent immanquablement le calme et la mesure, si la musique romantique renvoie inévitablement à la passion ou à l'exacerbation des sentiments, si un morceau de rap renvoie sûrement à la contestation, à la révolte contre l'injustice, etc., une pièce de Messiaen ou de Ligeti provoquera l'imaginaire là où la musique ne l'a encore jamais invité. L'étrangeté ira alors flirter avec des sensations étranges pour débusquer des recoins de mémoire oubliés, renvoyant à une histoire de vie et à des affects personnalisés. Chacun réagira donc différemment à la nouveauté de ces musiques, une fois le côté étrange dépassé.	
<i>Progression de la séquence</i>	<ul style="list-style-type: none"> – La séance se termine par un temps de paroles. – Les patients, s'ils étaient dispersés dans la pièce, s'installent en cercles.
Recommandations	
L'écueil à éviter étant bien sûr celui d'une parole défensive autour des qualités musicales des œuvres proposées. C'est là qu'intervient l'animateur, en invitant à une parole autour de ce qui a été pensé, ressenti. C'est là aussi qu'intervient le choix des œuvres par l'animateur car ce choix est réalisé en fonction des patients présents et de l'effet que l'animateur pense que les œuvres produiront sur le groupe. C'est donc déjà une interpellation à destination de l'imaginaire des patients, interpellation construite autour de la relation consciente et inconsciente entre patients et soignant. Il existe là l'effet de quelque chose de l'ordre du transfert.	

Certaines formations de musicothérapie proposent de construire des cycles de huit séances bâties autour d'œuvres choisies par l'animateur, puis progressivement, d'intégrer des œuvres sélectionnées par les patients dans les œuvres écoutées. Les patients participent ainsi à la construction des séances.

Le photo-langage

Cette fois-ci l'objet évocateur est la photo.

Fiche méthode d'une séance de photo-langage¹

Contexte		
<ul style="list-style-type: none"> – Groupe de 5 à 8 participants – Pré-requis : pas d'états aigus – Animation solo possible 	Salle fermée mais pas dédiée	Une à deux séances hebdomadaires d'une heure

¹ C. Vacheret et coll., *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques*, Dunod, Paris, 2002

Fiche méthode d'une séance de photo-langage (Suite)

Préparation	
<ul style="list-style-type: none"> – La salle doit disposer d'une grande table sur laquelle pourront être exposées plusieurs dizaines de photos. – Les animateurs ont préparé des photos tirées de revues, de journaux ou d'impressions d'Internet en lien avec les thèmes qu'ils ont prévu d'évoquer lors de la séance. 	
Déroulement de la séquence	
<i>Départ de la séance</i>	L'ensemble des participants est situé autour de la table sur laquelle sont disposées les photos.
<i>Progression de la séance</i>	<ul style="list-style-type: none"> – La séance se déroule en deux temps : au cours du premier temps l'animateur pose une question aux participants qui y répondront par le choix d'une ou de plusieurs photos. Le choix a lieu dans le silence, du regard, dans un temps qui n'est pas limité. Une même photo peut donc être choisie par plusieurs patients. L'animateur choisit lui aussi une photo afin de permettre une meilleure implication des patients et de faciliter le processus d'identification aux soignants ainsi qu'au plaisir qu'ont les soignants à jouer. – Le second temps est celui des échanges en groupe : <i>« chacun présente sa photo quand il le désire, en s'articulant éventuellement sur ce qui vient d'être dit² »</i>. Présenter sa photo permet à celui qui parle de s'approprier son choix, de dire sa vision de la réalité. <i>« Cela aide le sujet à advenir³. »</i> Chacun peut ensuite dire ce qu'il voit de semblable ou de différent sur cette photo choisie par un membre du groupe. <i>« La parole des autres sur la photo contribue à alimenter la chaîne associative⁴. »</i>
Recommandations	
<ul style="list-style-type: none"> – La nature des questions posées importe peu en fait. Ce qui compte c'est de permettre le choix d'une photo puis l'expression liée à ce choix et à cette photo. – Les questions initiales posées par les animateurs seront alors en général très larges : <i>« quelle photo représente pour vous l'amitié, la sérénité, la colère, etc. »</i>. <i>« Dans quelle photo retrouvez-vous une impression proche de ce que vous ressentez en ce moment, de ce que vous vivez ces jours-ci, etc. »</i> 	

² *Idem*³ *Idem*⁴ *Idem*

Le processus psychique est en fait un aller-retour entre pensée en idées (la question de l'animateur), pensée en images (représentations liées à la question et aux photos proposées) et à nouveau pensée en idées (pensée et expression verbale liée au choix de la photo). Poser une question et y répondre à l'aide d'une photo définit un double espace de jeu. Tout d'abord entre la photo objet externe et l'image objet interne. Ensuite entre la pensée en images et la pensée en idées.

« Ce qui signe le passage de la photo à l'image, c'est le travail de la métaphore ; ce qui signe le passage de l'image au symbole, c'est l'émotion qui accompagne une authentique parole investie affectivement¹. » Cet espace de jeu se trouve balisé de manière très définie dans les limites du travail demandé : question et photo viennent cadrer les processus de pensée en images comme en idées.

La figure 10.1 reprend cette dynamique de transformation de vécu en pensée à travers trois aspects : processus, catégories et niveaux de fonctionnement, qui sont en fait trois angles différents d'observation de ce même mécanisme.

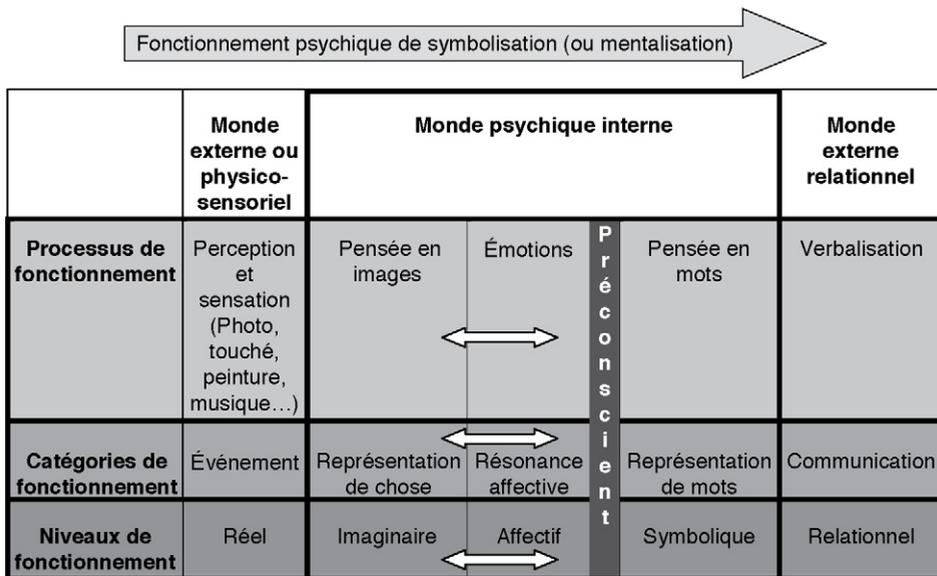


FIGURE 10.1. Trois aspects de la dynamique de transformation

Les flèches à double sens signifient la possibilité d'un renversement d'antériorité des phénomènes en question. C'est-à-dire que l'imaginaire peut précéder l'affectif mais que cela peut aussi être l'inverse.

Nous avons choisi de proposer cette figure dans une partie consacrée au photo-langage car la photo est un objet particulièrement évocateur. Par nature elle convoque facilement la pensée en image, qui est proche de l'inconscient dont elle rend compte, puisqu'elle peut être considérée comme la partie manifeste d'éléments inconscients.

L'image (externe) convoque des images internes (imaginaires) par analogie, qui vont être mobilisatrices d'affects divers. Ces images internes peuvent être visuelles mais aussi sonores, olfactives ou tactiles. L'individu est constitué par ces

1 C. Vacheret et coll., *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques*, Dunod, Paris, 2002.

images et ces affects, soustraits à la mémoire par le travail de refoulement. L'image convoquée par la photo vient, par association, réveiller cette mémoire endormie et réveiller par là même l'ambiance affective dans laquelle elle baignait. Ces images enfouies « sont étroitement associées aux affects auxquels elles sont liées² ».

La lecture partagée

Cet atelier consiste à proposer un texte au groupe. Ce texte est lu à haute voix par un membre du groupe, puis le texte est distribué pour une lecture silencieuse.

Fiche méthode d'une séance de lecture partagée

Contexte		
<ul style="list-style-type: none"> - Groupe de 5 à 8 participants - Pré-requis : pas d'états aigus - Animation solo possible 	Salle fermée mais non dédiée	Une à deux séances hebdomadaires d'une heure
Préparation		
<ul style="list-style-type: none"> - L'animateur aura préparé un ou plusieurs textes de 2 pages au maximum. Il s'agira de contes, de mythes, de textes littéraires. L'essentiel est que ces textes favorisent l'imaginaire. - Il peut être demandé aux participants de proposer eux-mêmes un texte. 		
Déroulement de la séance		
<i>Départ de la séance</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Les participants sont confortablement installés, assis sur des chaises, ou mieux sur des tapis au sol. - Ils sont en cercle. 	
<i>Progression de la séance</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Le premier temps est celui de la lecture du texte. C'est l'animateur ou l'un des patients qui lit le texte pour le groupe. Les autres écoutent en silence. - Le second temps est celui de l'expression. Chaque patient est sollicité pour communiquer au groupe tout ce que la lecture a éveillé chez lui : images, idées, souvenirs, impressions, sensations, etc. Tout peut être dit. C'est d'ailleurs autant la lecture que le texte qui sont à prendre en compte puisque le ton ou le rythme de la voix peuvent influencer fortement l'évocation. - Plusieurs textes peuvent être lus et commentés au cours d'une même séance. Ils seront proposés par les animateurs ou les participants. Après ces lectures l'animateur lit un dernier texte, apaisant, sur lequel il n'est pas demandé d'associer. C'est un texte pour finir calmement, un texte de transition entre le temps de la séance et celui du dehors. 	

2 C. Vacheret et coll. *op. cit.*

Fiche méthode d'une séance de lecture partagée (*Suite*)

<i>Commentaires</i>	<p>Le texte doit faire écho au sein du groupe de patients, il doit mobiliser les affects, les sensations corporelles et les représentations mentales. Ces éléments seront dans un deuxième temps transformés en pensées grâce au travail de libre association toujours selon le même schéma :</p> <p>Stimulus Affect Représentation d'images Représentation de mots Communication</p> <p>L'objectif est encore une fois de permettre l'émergence de représentations puis leur mise en mots.</p>
---------------------	---

La stimulation des sens

Des jeux centrés sur l'évocation produite par la mise en activité des sens peuvent être proposés, soit dans le cadre d'une activité propre à ce travail soit dans un cadre préparatoire à un travail de lecture partagée par exemple. Ces jeux permettent de stimuler l'imaginaire de manière très efficace en utilisant un seul sens.

Fiche méthode d'une séance de stimulation des sens

Contexte		
<ul style="list-style-type: none"> – Groupe de 5 à 8 participants – Pré-requis : pas d'états aigus – Animation solo possible 	Salle fermée mais non dédiée	Une à deux séances hebdomadaires d'une heure
Préparation		
L'animateur aura préparé des petits sachets de tissus dans lesquels sont glissés différents matériaux (morceaux de tissus, de cuir, de métal, de craie, matières organiques, etc.) ou objets (clés, bille, clou, pile, etc.).		
<i>Départ de la séquence</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Les participants sont confortablement installés, assis sur des chaises, ou mieux sur des tapis au sol. – Ils sont en cercle. 	

<p><i>Progression de la séquence : le toucher</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> – Il s’agit de toucher un objet que l’on ne voit pas, parce qu’il est placé dans un petit sac. L’objectif est non pas de deviner ce qui est l’intérieur du sac, mais de se laisser impacter sensoriellement et du point de vue imaginaire par ce contact, pour pouvoir ensuite l’exprimer. – Le premier temps est donc celui du toucher. L’animateur propose à chaque participant de prendre un sachet, de placer sa main à l’intérieur est de manipuler ce qui s’y trouve. – Le second temps est celui de l’expression. Après le toucher, il est demandé à chacun de dire ou d’écrire un petit texte en essayant de retrouver l’état mental dans lequel l’a mis le contact aveugle avec cet objet inconnu. S’il y a passage par l’écriture, les textes sont lus sans que personne n’ait encore vu les objets. Les auditeurs peuvent alors rechercher de quel objet il peut s’agir. Chacun peut avoir le même objet, ce qui permet de comparer les impressions recueillies, mais des objets différents peuvent aussi être proposés. Dans ce dernier cas chacun retrouvera et pourra regarder à la fin du jeu l’objet qu’il avait manipulé.
<p><i>Progression de la séquence : l’odorat</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> – Le même travail de contact en aveugle peut être proposé mais cette fois en demandant aux participants de fermer les yeux pendant qu’il leur est présenté un objet à sentir (aliment, produit de beauté, matériaux, etc.). Là encore, ce qui compte n’est pas de trouver ce qui est senti, mais d’évoquer ce qui est ressenti, en l’écrivant ou en l’exprimant verbalement. – Quel que soit le sens exploité, il s’agit toujours de passer d’un objet à une perception sensorielle, puis à une évocation pour arriver à son expression.

Synthèse du mécanisme thérapeutique des activités fondée sur la créativité

La figure 10.2 (voir page suivante) reprend le processus qui va du réel (production ou perception d’une œuvre) à la symbolisation en passant par l’imaginaire et le ressenti. Ce travail intrapsychique de symbolisation est difficile dans le cas de pathologies psychotiques ou limites ; c’est alors le groupe qui va le rendre possible en offrant au sujet ses capacités de symbolisation. Il existe donc un étayage externe du sujet sur le groupe.

L'activité thérapeutique permet ainsi de faire naître des émotions, dont la source est toujours pulsionnelle, émotions qui seront élaborées, mises en mots avec l'aide du groupe, avec l'espoir que, progressivement, le sujet introjecte l'activité de pensée du groupe.

Le tableau 10.1 rend compte des deux catégories d'activités à médiation artistique que nous avons évoquées.

En conclusion, il importe de préciser à nouveau que dans les deux groupes d'activités que nous avons évoqués dans ce chapitre, les dimensions esthétiques ou techniques ne sont pas prises en compte. Elles peuvent, à la rigueur, représenter des bénéfices secondaires. Ce qui est avant tout recherché et utilisé est l'aspect expressif des médiations dans une perspective d'élaboration. Mais il est tout aussi important de préciser que, outre ce travail d'élaboration, ces activités présentent deux intérêts non négligeables : tout d'abord elles peuvent permettre le rétablissement d'une image de soi positive au travers d'une production personnelle, non soumise au jugement esthétique (la fierté de faire), ensuite elles rendent possible un accès au plaisir et à l'évasion dans une perspective plus directement apaisante (le plaisir de faire).

TABLEAU 10.1. Les activités centrées sur le développement des possibilités d'élaboration

Activités	Les activités à médiation utilisant le processus créatif (<i>peinture, création, dessin, modelage, écriture, collage, musicothérapie active, théâtre, etc.</i>)	Les activités à médiation utilisant la médiation d'une œuvre existante (<i>photo-langage, musicothérapie réceptive, etc.</i>)
Objectifs	Vivre des affects, des émotions et les transcrire sur différents supports puis les dire pour les travailler et se les réapproprier, chargés de sens	Situation psychothérapeutique classique à partir de la médiation d'une œuvre
Méthode	<ul style="list-style-type: none"> - Produire une œuvre - Permettre le cheminement d'un processus créatif - Stimuler l'association imaginaire-ressenti - Nommer le ressenti 	<ul style="list-style-type: none"> - Choisir et/ou apprécier une œuvre - Interroger l'imaginaire - Permettre l'association imaginaire-ressenti - Mettre en mots
Mécanismes	<ul style="list-style-type: none"> - Production créative : stimule l'imaginaire et provoque le ressenti - Projection des éléments imaginaires et affectifs "dans et pendant" la production créatrice - Mise en mots à l'aide du groupe 	<ul style="list-style-type: none"> - Exploitation d'une œuvre : stimule l'imaginaire et provoque le ressenti - Projection « pendant » l'exploitation de l'œuvre - Mise en mots à l'aide du groupe - Transfert et mise en lien de l'exprimé de la séance avec l'histoire du sujet (psychothérapie)

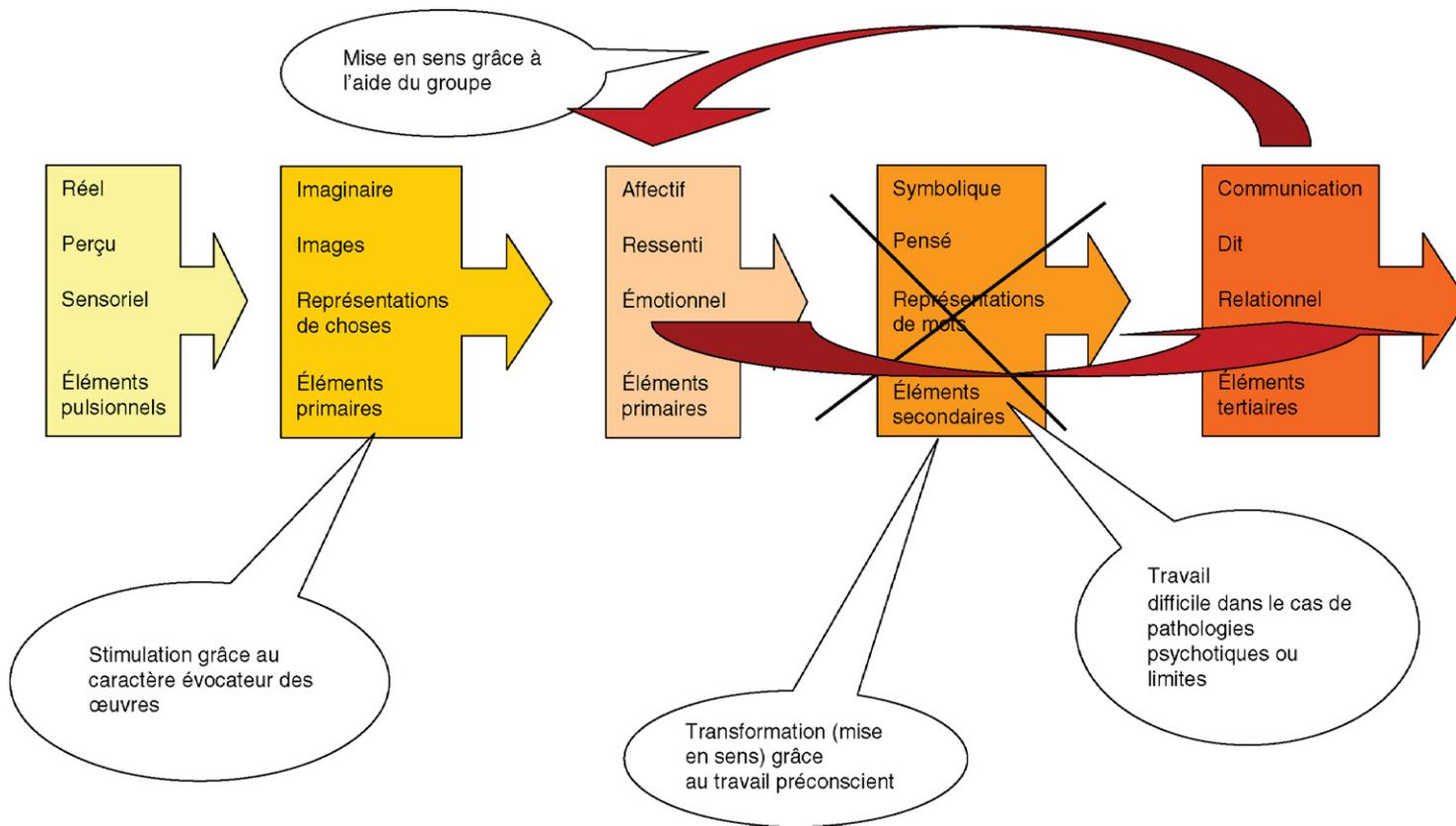


FIGURE 10.2. Processus : du réel à la symbolisation

Conclusion

L'utilisation de médiations dans le cadre de groupes thérapeutiques accompagne depuis des décennies l'évolution du soin psychiatrique. Les activités à médiation représentent aujourd'hui un élément incontournable du panel des actes dans ce domaine du soin à côté des entretiens de face à face, des traitements chimio-thérapeutiques ou des accompagnements à visée de réinsertion.

Cependant ces actes si particuliers sont, de nos jours, encore trop fondés sur des aptitudes personnelles et un savoir-faire empirique. Il est certain que ces deux aspects ne doivent pas être combattus, bien au contraire. Qu'un soignant puisse fonder une partie de sa pratique sur des compétences ou une passion personnelle et qu'il développe, à partir de ce bagage, une expertise spécifique est une opportunité rare qu'il faut absolument conserver. Rares en effet sont les métiers dans l'exercice desquels les professionnels peuvent utiliser utilement ce qu'ils aiment ou ce qui les intéresse d'un point de vue personnel.

Pourtant, faire reposer une activité à destination d'un public en difficulté exclusivement sur une appétence ou une pratique personnelle n'est pas suffisant. Il faut impérativement, par soucis pour ceux à qui elle est destinée, étayer cette pratique en vue de la professionnaliser.

C'est l'objectif principal de cet ouvrage à travers le travail de description, d'explication et de démonstration qu'il propose. Bien sûr les activités thérapeutiques à médiation font partie de la catégorie des actes de soins relationnels, catégorie qui, par nature, peut difficilement relever de protocoles rigides. Mais cette émancipation vis-à-vis de toute formalisation ne doit pas imposer un recours exclusif à l'improvisation, voire, au regard de certaines médiations utilisées, à un certain flou artistique. Ces actes de soins, comme tout acte de soin, doivent pouvoir être décrits avec précision, leurs objectifs énoncés, les mécanismes de leur action exposés. C'est seulement à ces conditions qu'ils prendront toute leur valeur professionnelle.

C'est donc à une véritable ambition de professionnalisation que répond cet ouvrage en offrant au professionnel un ensemble de savoirs théoriques et de guides opératoires qui lui permettront de réaliser des actes s'inscrivant dans une pratique structurée.

Mais cette volonté de professionnalisation n'est pas le seul objectif de ce travail. Il permettra aussi au professionnel, à travers les savoirs qu'il propose,

de mieux décrire et argumenter ses actes, ce qui rendra plus lisible et plus visible sa pratique. Cette visibilité rebondira ensuite comme un élément de reconnaissance qui viendra fortifier son identité professionnelle.

Parallèlement à ces deux aspects, l'étayage théorico-pratique proposé permettra de donner du sens à une pratique en santé mentale qui, du fait de l'inscription dans le temps des pathologies rencontrées, entraîne souvent un découragement des professionnels. Pouvoir appuyer sa pratique sur des mécanismes thérapeutiques circonscrits et définis, sur des objectifs clairement définis et sur la possibilité d'évaluer les actes réalisés permet d'éviter l'essoufflement quasiment naturel induit par le caractère cristallisé, immobile des pathologies.

Dans le même ordre d'idées, être en capacité d'explicitier sa pratique permet au soignant de participer à l'intelligence collective et d'en bénéficier. En participant de manière étayée aux échanges entre les différents professionnels qui composent une équipe, le soignant utilisant une médiation participe à la construction, à la circulation et plus globalement à l'enrichissement des savoirs professionnels.

Enfin, et pour aller dans le sens de l'évolution de l'hôpital, l'appareillage théorico-pratique proposé permettra de développer l'évaluation. En effet poser des actes étayés conceptuellement et structurés méthodologiquement permet autant de guider les pratiques que d'en mesurer les effets. L'évaluation consiste à mesurer un écart entre un état initial et un état final (ou intermédiaire) vis-à-vis d'une situation, ce second état ayant été déterminé à l'avance par un objectif.

Mais, si cet ouvrage peut apporter un appui conséquent au professionnel qui souhaite s'engager ou approfondir son travail dans le cadre de l'animation d'activités thérapeutiques, il n'est évidemment pas suffisant pour prétendre tout maîtriser dans ce domaine.

C'est dans une pratique régulière éclairée par un étayage théorique que se construit la compétence. Ce livre propose des éléments à ce niveau mais il ne dédouane pas le professionnel d'une mise en pratique régulière et d'un travail de recherche personnel qui lui permettra de s'approprier progressivement des concepts qui l'aideront à se construire son propre modèle théorique.

Par ailleurs si l'utilisation de médiations doit impérativement être appuyée sur la créativité, certaines peuvent nécessiter le recours à des formations spécifiques afin de permettre au soignant de se constituer un bagage initial et de fortifier sa confiance en soi. Les médiations artistiques sont principalement concernées à ce niveau (bien que la formation ne soit pas, à notre avis, un passage imposé ; une pratique accompagnée permet tout autant la construction d'une compétence).

En revanche, l'utilisation de médiations telles que la musique, la peinture ou la sculpture, nécessite certainement une appétence dans ces domaines, voire une pratique personnelle. Mais attention, savoir jouer d'un instrument de musique ou maîtriser la pratique de l'aquarelle ne permet en rien de prétendre pouvoir utiliser cette maîtrise dans un travail thérapeutique. Encore une fois, dans le soin, la médiation doit être au service d'une relation ; elle est donc secondaire tout comme l'est la dimension esthétique.

Enfin la pratique régulière d'activités à médiations nécessite de diversifier sa pratique, car tout ce qui, dans le domaine du soin relationnel, est vécu dans un type de situation peut venir enrichir la pratique dans un domaine différent. Ainsi l'expérience acquise dans le positionnement du soignant, au sein du cadre d'interactions de face à face (entretien formel ou informel), peut être exploitable dans le cadre de l'animation de groupe et inversement.

Pour terminer cet ouvrage nous insisterons sur un point fondamental qui, d'ailleurs, concerne l'ensemble des actes de soins de nature relationnelle : c'est le travail de supervision. Nous l'avons dit, les activités à médiations peuvent relever d'une visée sociothérapique ou psychothérapique. Dans les deux cas, mais de manière plus profonde dans le second, le principe actif du soin est fondé sur la qualité d'une relation permettant au patient de s'enrichir et d'améliorer son inscription sociale (sociothérapie) ou de modifier (même modestement) son fonctionnement psychique (psychothérapie). Au-delà des médiations, c'est bien la relation qui agit, c'est-à-dire la qualité d'être du soignant. Ce dernier est donc engagé dans l'acte de soin en sa qualité de professionnel mais aussi en sa qualité de sujet, avec ce qui le fonde, sa personnalité, ses convictions, ses doutes et ses limites. Il doit alors pouvoir travailler ces différents éléments dans un espace *a posteriori* au sein duquel il pourra exposer ce qu'il vit en séance afin de ne pas garder de traces trop lourdes et de dépasser certaines difficultés : c'est le travail de supervision (*cf.* chapitre 3, L'analyse des jeux transférentiels dans la relation : la supervision).

Mais, dans ce même objectif de travail de compréhension de la relation à l'autre, il est important de préciser que la supervision ne doit pas remplacer le rôle régulateur de l'équipe. En effet ce sont, avant tout, les échanges en son sein, structurés ou non, qui permettent de transformer le vécu professionnel, quand il est raconté, par ses commentaires, ses critiques et ses approbations. Les échanges dans l'équipe participent du même besoin et du même travail que la supervision, mais à un niveau différent de formalisation et de profondeur. Ces deux instances, ces deux moments, supervision et échanges au sein de l'équipe, sont et doivent rester complémentaires.

C'est donc à une volonté d'enrichissement à la fois des pratiques mais aussi des métiers en santé mentale que répond le travail réalisé dans cet ouvrage. Il a la prétention de contribuer à structurer et à professionnaliser des actes de soins qui représentent l'une des facettes les plus originales mais aussi les plus empreintes de créativité des métiers du soin en santé mentale.

Bibliographie

- Pierre-André, Thierry Benavidès, Françoise Giromini, *Corps et psychiatrie*, Éditions Heures de France, Paris, 2004.
- Wilfred Ruprecht Bion, *Aux sources de l'expérience*, PUF, Paris, 1965.
- Henri Bossu, Claude Chalaguier, *L'expression corporelle, méthode et pratique*, Éditions du Centurion, Paris, 1974.
- Jean-Pierre Boutinet, *Anthropologie du projet*, PUF, Paris, 1993.
- Henry Brosseau, L'eau et les soins, avec les malades psychotiques chroniques, *VST* n° 73, 2002.
- Marie-Françoise Collière, *Soigner, le premier art de la vie*, Masson, Paris, 1996.
- Boris Cyrulnik, *De chair et d'âme*, Odile Jacob, Paris, 2006.
- Eric Dekany, *La santé de votre mémoire*, Éditions Dangles, Escalquens, 2001.
- Jérôme Favrod, Charles Bonsack, Qu'est-ce que la psychoéducation, *Revue Santé mentale* n° 126, mars 2008.
- Peter Gärdenfors, *Comment Homo est devenu Sapiens*, Éditions Sciences Humaines, Paris, 2007.
- Pierre Goguelin, Comment faire naître un projet, *Revue Sciences humaines* n° 39, 1993.
- J.-M. Guiraud-Caladou, *La musique du fou intelligent*, Éditions Fuzeau, Bressuire, 1989.
- Édouard T. Hall, *La dimension cachée*, Seuil, Paris, 1971.
- HAS – INPES, *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques*, juin 2007.
- J.-M. Haute, Art et soin, *Soins psychiatrie* n° 238, mai-juin 2005.
- J. Laplanche, J.-B. Pontalis, *Le vocabulaire de la psychanalyse*, 4^e édition, Coll. Quadrige, PUF, Paris, 2004.
- Patrick Laurin, Maladie d'Alzheimer et création, *Perspective psy*, vol. 48, n° 3, juillet-septembre 2009.
- Jacky Merklings, *Le métier d'infirmier en santé mentale*, Éditions Selin Arslan, Paris, 2007.
- Jacky Merklings, Solange Langenfeld, *Psychologie, sociologie, anthropologie*, Coll. Les essentiels en IFSI, Masson, Paris, 2010.
- Laurent Morasz, Annick Perrin-Niquet, Jean-Pierre Verot, Catherine Barbot, *L'infirmier en psychiatrie*, Masson, Paris, 2004.
- Juan David Nasio (dir.), *Introduction aux œuvres de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*, Coll. Psychanalyse, Rivages, Paris, 1994.
- J. Verdeau-Paillès, M. Kieffer, *Expression corporelle, musique et psychothérapie*, Éditions Fuzeau, Bressuire, 1994.
- Henry Piéron, *Le vocabulaire de psychologie*, Coll. Quadrige, PUF, Paris, 2003.
- Gérard Pommier, *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, Flammarion, Paris, 2004.
- Carl Rogers, *La relation d'aide et la psychothérapie*, 13^e édition, ESF, Paris, 2002.
- Jocelyne de Rotrou, *La mémoire en pleine forme*, Robert Laffont, Paris, 1993.
- Claudine Vacheret et coll. *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques*, Dunod, Paris, 2002.
- Pierre Van Damme, *Espace et groupe thérapeutique d'enfants*, Coll. Interfaces, Desclée de Brouwer, Paris, 1996.
- Daniel Widlöcher, *L'interprétation des dessins d'enfants*, Éditions Mardaga, Bruxelles, 1998.
- Donald W. Winnicott, *Jeu et réalité*, Gallimard, Paris, 1993.
- Catherine Yelnick, Entre corps et rêverie, la danse, *Revue Art-thérapie* n° 96-97, juin 2007.

INDEX

A

aboulie, 165
 abréaction, 47, 61
 acceptation de soi, 8
 acceptation inconditionnelle, 36
 accommodation, 122
 accordage, 42
 activités pragmatiques, 84
 activités préconscientes, 64
 activités thérapeutiques à médiation, 3
 adaptation, 14, 72, 83
 adaptation sociale, 14
 affects, 9, 49
 affirmation de soi, 156
 agentivité, 227
 aire intermédiaire, 58
 analytique, 69
 angoisse de morcellement, 137
 animation, 4, 27
 anticipation, 165
 apprentissage décontextualisé, 85
 apprentissage émotionnel, 86
 apprentissage empirique, 86
 apprentissage par l'expérience, 121
 approche

- empirique, 109
- réaliste, 109
- subjectiviste, 109

 art, 203
 assimilation, 122
 asthénie, 119
 atelier chanson, 236
 atelier cuisine, 23, 84
 attention, 71, 165
 autonomie, 11, 14

B

balnéothérapie, 140
 base

- cognitivo-comportementale, 6
- psychodynamique, 6
- rogérienne, 6
- systémique, 6

 bricolage, 163

C

ça, 17
 cadre, 11
 cadre(s) de soins, 65
 capacités expressives, 82
 catégorisation, 166
 catharsis, 62
 chi gong, 142
 clinique, 5
 clivage, 20, 115
 coanimation, 27
 cognitions, 9
 communication, 55, 79, 167
 communication corporelle, 153
 communiquer, 79
 compétence, 5
 compétences relationnelles, 3
 comportementale, 85
 comportement(s), 9, 21, 72
 compréhension, 71
 concentration, 14, 71, 165
 concept, 168
 condensation, 221
 confiance en soi, 14, 72
 congruence, 36, 39
 conscience du corps, 118
 conscient, 17
 considération positive inconditionnelle, 36, 39
 contenance, 54, 127
 contenant, 52
 continuité de soin, 12
 contrat de soins, 65
 contre-transferts, 63
 corps, 3
 corps objet, 108
 corps outil, 115
 corps sujet, 108
 cortex, 64
 créativité, 6, 49, 72

D

danse, 121
 décret de compétence, 14
 délire, 115

démarche descriptive, 17
 démarche de soins, 66, 73
 démarche dynamique, 17
 démarche économique, 17
 démarche réflexive, 69
 dendrites, 174
 déni, 20, 115
 déplacement, 221
 désirs, 21
 désocialisation, 83
 désynchronisation, 44
 diagnostic infirmier, 73
 dialogue, 228
 dialogue tonico-émotionnel, 127
 différenciation, 49, 204
 diffraction, 54
 directivité, 27
 disjonctive, 69
 distanciation, 64

E

eau, 138
 échange, 228
 échauffement au sol, 123
 échec, 34
 écoute active, 27
 éducatives, 128
 efficacité fonctionnelle, 118
 élaboration, 11, 17, 21, 64
 empathie, 15, 36, 39
 entretien, 11
 enveloppe corporelle, 118
 enveloppement humide, 120, 135
 environnement, 9
 équilibration, 122
 équilibre, 10
 espace d'expérimentation, 52
 espace intermédiaire, 59
 espace psychique, 108
 espace relationnel, 50
 espace social, 51
 espace support, 50
 espace symbolique, 51
 espace transitionnel, 47
 esthétique, 203
 estime de soi, 14, 72
 état limite, 5
 étayage, 53, 83
 étiologie, 5
 être, 5
 expression, 49
 expression corporelle, 130
 expressivité, 118
 extrajection, 209

F

fantasmes, 53
 figures d'identification, 57

fluidité verbale, 165
 focalisation, 27, 43, 137
focusing, 45, 137
 fonction contenante, 50
 fonction de référent, 65
 fonction médiatisante, 23
 fonctionnement exécutif, 165
 fonctionnement psychique, 11
 fonction préconsciente, 20
 fonctions cognitives, 3
 fonction structurante, 49, 65
 fonction symbolisante, 48
 fonction transitionnelle, 49
 Freud, 17

G

geste, 117
 gestuelle, 115
 groupe, 47
 groupe ouvert, 90
 groupe parole, 236
 guidance, 28

H

handling, 138, 205
 hiérarchisation, 165
holding, 138, 205
 hydrothérapie, 120, 136

I

identification, 15, 21
 identification projective, 21
 identité corporelle, 111
 image de soi, 71
 image du corps, 111
 imaginaire, 49, 72
 imitation, 227
 improvisation, 230
 improvisation dramatique, 121
 impulsive, 119
 inconscient(e), 17, 111
 indifférenciation, 204
 individualisation, 107
 infirmier, 4
 intégration, 8
 intégrité corporelle, 118, 137
 intention élaborative, 16
 intention soignante, 49
 interactions, 9
 interactivité, 156
 intériorisation, 142
 interprétation, 71
 inter-subjectif, 30
 intra-subjectif, 30
 introjection, 22, 207

J

jeu, 47, 49
 jeu dramatique, 121, 155
 jeu(x) de rôle, 95, 121

L

langage, 20
 lecture partagée, 235
 liaison, 21

M

massage, 120, 125
 mécanismes de défenses, 17, 20
 mécanismes thérapeutiques, 4, 7
 médiate, 112
 médiation, 4, 7
 méditation, 143
 mémoire, 14, 71
 mémorisation, 166
 mentalisation, 21, 22, 119
 mentalisées, 156
 mime, 85, 98
 mimique, 71
 mobilisation corporelle, 145
 modelage, 233
 modèle
 cognitif, 10
 cognitivo-comportemental, 8
 comportemental, 10
 rogérien, 8
 modèle systémique, 9
modeling, 87
 moi, 17, 204
 moteur, 70
 motivation, 14
 motricité, 71, 115
 motricité fine, 117
 motricité globale, 116
 mouvement, 115, 116
 mouvements locomoteurs, 116
 mouvements non locomoteurs, 116
 musicothérapie, 23
 musicothérapie active, 28, 130, 224
 musicothérapie réceptive, 235
 musique, 203, 224
 myorelaxants, 138

N

neuro-imagerie, 64
 névrosé, 5
 non-moi, 204
 non-soi, 82
 non verbaux, 82

O

objectivement perçu, 56
 objet, 63

objet contenant, 208
 objet de médiation, 49
 objets artistiques, 203
 orientation, 71

P

Pack, 135
 pare-excitation, 49
 parole, 47
 passage à l'acte, 17, 115
 hétéro-agressif, 53
 peinture, 203
 pensée, 71
 perception(s), 14, 17, 166
 personnalité, 57
 névrotique, 11
 psychotique, 11
 phénomène, 110
 phénoménologie, 109
 photo, 203
 photo-langage, 235
 piscine, 140
 plaisir, 32
 posture, 116
 praxis, 115, 162
 préconscient, 17
 primaire, 16
 principe de plaisir, 18
 principe de réalité, 18
 priorisation, 165
 processus cognitif, 166
 processus primaires, 18
 processus secondaires, 18
 processus thérapeutique, 15
 projection, 21, 115
 projet de soins, 65, 72
 psychanalyse, 8, 110
 psychisme, 12, 17, 53
 psychodrame, 121
 psychoéducation, 195
 psychologie cognitive, 110
 psychomoteur, 118
 psychopathologique, 5
 psychosomatique, 108
 psychothérapeutique, 16
 psychotique, 5, 82
 pulsion(s), 17, 18

Q

questionnement, 27, 45
 questions relationnelles, 90

R

raisonnement, 167
 raisonnement diagnostique, 72
 réalité, 18
 réassurance, 141
 reconnaissance, 68
 référent, 98

reflet, 27, 43
 reformulation, 27
 refoulement, 20
 régression, 47, 53
 relation(s), 6, 9, 71
 relation intersubjective, 156
 relation objectale, 204
 relaxation, 28, 120, 127
 relaxation progressive de Jacobson, 127
 remédiation cognitive, 175
 représentation(s), 16, 18, 81
 reprise verbale, 101
 résolution de problèmes, 85, 92
 retrait, 83
 Rogers, 27
 rôles, 56, 87
 prescription
 visée psychothérapeutique, 6
 propre
 visée sociothérapeutique, 6
 rôle infirmier, 4

S

santé mentale, 4
 schéma corporel, 71, 111
 schizophrène, 82
 sculpture, 203
 secondaire, 16
 secondarisation, 207
 sécures, 57
 segments corporels, 130
 sens, 48
 sensorialité, 107, 111
 sensori-moteurs, 162
 sentiment d'identité, 55
 signifiant, 98
 signifié, 98
 situations relationnelles, 85, 95
 socialisation, 14, 79, 166
 sociothérapie, 14
 soi, 82
 soignants, 11
 soin, 4
 soin psychiatrique, 11
 soin relationnel, 12
 son, 224

statut(s), 56, 87
 stimulation cognitive, 84, 174
 subjectif, 56
 subjectivité, 83
 sublimation, 20
 supervision, 22, 76
 surmoi, 17
 symbole, 48
 symbolisation, 21
 symptôme, 10
 synaptique, 169, 174
 synchronisation, 44
 synthétique, 69
 systémiciens, 79

T

taï-chi-chuan, 142
 techniques relationnelles, 84
 tension psychique, 62
 théâtre, 203
 théorie de l'esprit, 83
 thérapie centrée sur la personne, 38
 thérapies expressives, 120
 thérapies perceptivo-motrices, 120
 thérapies psychosensorielles, 120
 thymie, 72
 tonus, 115
 topiques, 17
 toucher-massage, 125
 toucher thérapeutique, 125
 training autogène de Schultz, 128
 transfert, 15, 47
 troubles cognitifs, 166

V

vécu corporel, 14, 118
 verbalisation, 54
 vie affective, 3
 vie émotionnelle, 111
 visualisation, 143
 volonté, 71

Y

yoga, 142

471295-(I)-(1,1)-CSB 90° - THOM

ELSEVIER MASSON S.A.S.
 62, rue Camille Desmoulins
 92442 Issy-les-Moulineaux Cedex
 Dépôt légal : octobre 2010

Achévé d'imprimer en Espagne sur les presses
 de Grafos, Barcelone
 octobre 2010